

ZEVEN VETTE JAREN

Een beschrijvende analyse van
multidisciplinaire samenwerking in Rotterdam-Ommoord

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 29 OKTOBER 1980, DES NAMIDDAGS
TE 3.45 UUR

DOOR

FREDERIK ERNST RIPHAGEN

GEBOREN TE DEVENTER

Promotor:

PROF. DR. L. BUREMA

Co-referenten:

PROF. DR. H.J. DOKTER

PROF. DR. IR. P.C. VAN DE GRIEND

De auteur is dr. K.J. Nijkerk, sociaal psycholoog, veel dank verschuldigd voor zijn deskundige inbreng en belangrijke ondersteuning bij de bewerking van dit proefschrift.

INHOUDSOPGAVE

	pagina
Hoofdstuk I: Inleiding	
1. omschrijving	7
2. de aanleiding	7
3. de opzet	9
4. de verslagperiode	12
5. de gebruikte bronnen	13
6. de systematiek	14
Hoofdstuk II: De jaren 1968 tot en met 1972: De opbouw	
1. inleiding	35
2. de wijk Ommoord	35
3. de bronnen voor deze periode	36
4. enkele feitelijke gegevens	37
5. de samenwerking binnen de huisartsengroep	39
6. de samenwerking met andere disciplines	45
7. externe factoren	57
Hoofdstuk III: De jaren 1973 en 1974: De smeltkroes	
1. inleiding	65
2. de bronnen	65
3. indeling van het hoofdstuk	66
4. de periode van december 1972 tot augustus 1973	67
5. de periode van augustus 1973 tot april 1974	69
6. de periode van april 1974 tot januari 1975	72
7. conclusies ten aanzien van de teamontwikkeling	77
Hoofdstuk IV: Het jaar 1975	
1. inleiding	79
2. communicatie	79
3. doelstellingen	86
4. professionele aspecten	100
5. rolaspecten van taakgericht gedrag	105
6. organisatie-aspecten	110
7. relatie-aspecten	122
8. de individuele invulling van rollen en het leiderschap	129
9. externe factoren	136
Hoofdstuk V: Samenvatting en aanbevelingen	
1. inleiding	159
2. de inhoud	159
3. de werkwijze van de auteur	165
4. aanbevelingen	167
Naschrift	170
Literatuur	171

HOOFDSTUK I

INLEIDING

1. Omschrijving

Dit boek bevat een analyse van het ontstaan en de ontwikkeling van het multidisciplinair samenwerkingsverband in de eerstelijns gezondheidszorg in de Rotterdamse nieuwbouwwijk Ommoord.

Met de voorbereidingen die direct met het project "gezondheidscentrum Ommoord" samenhangen werd begonnen in 1965; de feitelijke start van de hulpverlening vond plaats in september 1968; in november 1972 betrokken de toen samenwerkende disciplines het inmiddels door de gemeente Rotterdam gebouwde gezondheidscentrum. Dit centrum was opgezet als het gezamenlijke gebouw van waaruit de gecoördineerde hulpverlening in het eerste echelon voor de bewoners van de wijk Ommoord verleend zou worden.

2. De aanleiding

2.1. Motieven binnen het team

Vanuit het team in Ommoord zelf is bij herhaling in de afgelopen jaren de wens naar voren gekomen, te kunnen beschikken over een algemeen verslag van de geschiedenis van het samenwerkingsproject.

Er zijn daarvoor twee redenen:

- a. door de huidige grootte van het team is het zeer moeilijk voor de leden om alle ontwikkelingen in het geheugen paraat te houden. Ook bij "oudere" teamleden dreigt een op discipline en eigen persoon gericht brok historie in vertekende vorm te gaan voortleven;
- b. hoe meer leden het team telt hoe meer wisselingen er zullen plaatsvinden. Het wordt dan ook steeds moeilijker om bij het inwerken van nieuwe teamgenoten voldoende historie over te dragen, terwijl dit toch nodig is om de werksfeer en de manier van communiceren, de besluitvorming en andere aspecten voldoende te leren kennen.

2.2. Vragen van buitenaf

Een grote hoeveelheid bezoekers, bezoekende groepen en schriftelijke of telefonische verzoeken om informatie heeft ons sinds 1968 bereikt.

De mondeling en schriftelijk door bezoekers of geïnteresseerden gestelde vragen laten zich in twee groepen onderverdelen:

- a. vragen waarop het antwoord in feite al gegeven was in één van de tot op dat moment verschenen publicaties. Een klein gedeelte betrof niet of nog niet anderszins bekend gemaakte informatie. Het betreft hier vooral vragen over de hulpverlening zelf.
- b. vragen die zich richtten op één of meerdere aspecten van de teamsamenwerking en de organisatie daarvan.

Het aantal vragen in groep b is vele malen groter dan dat in groep a, en de inhoud vaak summier ("stuur me even al jullie overeenkomsten en contracten toe, want wij zijn ook met iets bezig"). Daarbij kan worden verondersteld dat de vragen "naar de bekende weg" uit groep a een "alibi" vormden om informatie zoals bedoeld met de vragen uit groep b, te verkrijgen, of gesteld werden omdat het via tijdschriftartikelen verstrekte materiaal door de lezers niet in een voorstelbare werksituatie kon worden geplaatst.

2.3. Ontwikkelingen in andere centra

Van den Hout (1973) geeft in zijn evaluatieverslag van het centrum in Hoensbroek al een aantal overeenkomsten en verschillen tussen een paar gezondheidscentra in Nederland.⁴⁰

De vijf centra die oorspronkelijk als experiment voor samenwerking werden aangewezen en van het Rijk en Praeventiefonds daartoe subsidie ontvingen: Den Haag Transvaalkwartier - Hoensbroek - Apeldoorn - Rotterdam Ommoord en Utrecht zijn in algemene en specifieke zin beschreven in de rapportage van het Itoba (voorheen Intagon). Deze rapportage betrof een evaluatie onderzoek van deze gezondheidscentra (Itoba 1975).⁸¹

Ook in de verzamelbundel "Gezondheidscentra" worden van buitenaf diverse aspecten van deze vorm van samenwerking beschreven ("Gezondheid en gezondheidscentra" onder redactie van Dokter e.a. 1974).²⁵

Publicaties vanuit een centrum hadden veelal betrekking op een aspect van de samenwerking in de hulpverlening, de gang van zaken en het effect daarvan. Ook de meeste publicaties uit "Ommoord" zijn gewijd aan één van de facetten van de hulpverlening op zichzelf, wat begrijpelijk is gezien de doelstelling en de te verwachten vraag naar feitenmateriaal uit de experimentele centra. Aan de waarneming is onttrokken gebleven de grote hoeveelheid persoonlijke, professionele, relationele, organisatorische en financiële factoren die medebepalend zijn en zijn geweest voor het totstandkomen van het "hulpverleningsproduct".

Ook door het manifest worden van veelsoortige problemen bij het totstandkomen van multidisciplinaire samenwerking en door de publicaties van Blom en v. Es (1972), Ris en Diederiks (1974), Siegenbeek e.a. (1973) is een toenemende belangstelling ontstaan voor de relationele en professionele aspecten van samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg.^{11 72 78}

De in dit vlak optredende structurele problemen brengen de samenwerkingsverbanden tot overlegsituaties waarin meer aspecten van en informatie over de samenwerking worden uitgewisseld. Als zodanig werkt, onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de "Contactgroep voor Gezondheidscentra en Centra voor Maatschappelijke Dienstverlening" en het S1-project van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Joint (maatschappelijk werkinstellingen) en de Nationale Kruisvereniging. In de plaatselijke situatie van Rotterdam is een zogenaamd "platform" van werkers in de eerstelijns van de gezondheidszorg ontstaan.

Binnen het team van het gezondheidscentrum werd de behoefte aan verslaglegging van binnenuit hierdoor versterkt. In een dergelijk verslag zou met name aandacht besteed moeten worden aan organisatorische en aan sociaal psychologische elementen van de samenwerking.

2.4. Behoeftte aan informatie bij de overheid

Tenslotte is er nog een groep betrokkenen die belang heeft bij vergelijkbare gegevens uit samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg: de overheid, op verschillende niveau's subsidiegever, de organisaties van de kruisverenigingen en het maatschappelijk werk (ook op verschillende niveau's), en de diverse groepen der vrije beroepsbeoefenaren.

Het ontbreken van richtlijnen voor het veranderen van de structuur van de eerstelijns gezondheidszorg in de structuurnota van staatssecretaris Hendriks (1974) en de trage uitvoering van de door zijn ingewikkeldheid toch moeilijk toepasbare "Voorlopige Stimuleringsregeling" (een vervolg op de subsidieregeling voor de vijf experimentele centra), zou dan ook mede veroorzaakt kunnen worden door het ontbreken van adequate informatie op het betreffende niveau van de overheid.^{59 58}

De mogelijke terugslag die dit gebrek aan informatie bij de ondersteunende instanties op het samenwerkingsverband heeft, kan door middel van een dergelijk "compleet verslag" bij de betrokken instanties onder de aandacht worden gebracht.

3. De opzet

Het gaat in het kader van dit verslag in de eerste plaats om een beschrijving van "binnenuit", waarbij wel aan bepaalde eisen voldaan is. Een systematische beschrijving van de ontwikkeling van dit gezondheidscentrum is niet compleet zonder de categorie informatie die zich niet direct in kwantitatief wetenschappelijk onderzoek noch in een objectieve beschrijving van buitenaf laat presenteren.

3.1. Samenwerking als proces

Er wordt vanuit gegaan dat samenwerking tussen hulpverleners, behorend tot disciplines in de eerstelijns van de gezondheidszorg zoals die in Ommoord tot stand is gekomen, een proces is met een aantal duidelijk aanwijsbare elementen. Deze elementen zullen in de beschrijving aan de orde komen.

De groep hulpverleners in Ommoord had in de loop der tijd een wisselende samenstelling en groeide in omvang. Er zijn gezamenlijke doelstellingen geformuleerd voor de hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg in Ommoord. Tussen het formuleren van een uitgangspunt door een groep personen die met elkaar een doel gaan nastreven en het uiteindelijk geleverde product, de verleende hulp, zijn tal van factoren tegelijkertijd en in onderlinge samenhang werkzaam: er vindt een proces plaats.

"Proces" wordt hier gebruikt in de betekenis van "de wijze waarop iets tot stand komt".

Voor het proces zijn, behalve de diverse elementen of aspecten van de onderlinge samenwerking, de interne factoren, ook een aantal factoren welke buiten de groep zijn gelegen, van belang. Ook deze - externe - factoren zullen bij de beschrijving worden betrokken.

3.2. Nadere typering van de beschrijving

De auteur heeft, als participierend huisarts, getracht de ontwikkeling van dit samenwerkingsverband in de eerstelijns gezondheidszorg te beschrijven.

Een aantal opmerkingen moet in dit verband worden gemaakt:

- de beschrijving betreft een periode van ruim 7 jaar;
- de schrijver heeft zelf vanaf het begin als hulpverlener-huisarts en als mede-oprichter in het samenwerkingsverband gewerkt;
- de gebruikte bronnen zijn van uiteenlopende aard;
- het betreft een beschrijving achteraf;
- er is systematiek bij de beschrijving toegepast;
- het betreft hier een gericht descriptief onderzoek.

3.3. De methodologische verantwoording

De methodoloog de Groot stelt dat het kenmerk van een gericht descriptief onderzoek is dat volgens een expliciet aangegeven systematiek datgene wat zich op een omschreven gebied voordoet of voordeed wordt geregistreerd, zonder dat anders dan door de principes van die systematiek zelf, op hypothese- en theorievorming wordt vooruitgelopen (de Groot 1961).³⁵ Hij onderscheidt daarbij:

- *objectief descriptief onderzoek*, waarbij met meetbare waarden wordt gewerkt (getalsmatige registratie);
- *subjectief descriptief onderzoek*, wat met name gebruikt wordt voor procesinterpretatie.

Als indicaties voor descriptief onderzoek noemt hij de volgende:

- voorbereiding van theorie- of hypothesevorming;
- toepassing van theoretische begrippen.

De Groot bestrijdt in zijn algemene overwegingen over wetenschapsbeoefening het klassieke onderscheid tussen nomothetisch (d.i. wetstellend, herhaalbaar) en idiografisch (het eigene beschrijvend, niet herhaalbaar) onderzoek.

Het schijnbare verschil tussen de twee categorieën is vaak een faseverschil, aldus de Groot. Het specifieke (idiografische) van bijvoorbeeld deze verslaggeving zou in een volgende fase, met meer beschikbaar en vergelijkbaar materiaal als algemeen (nomothetisch) beoordeeld kunnen worden. De eigenheid van de samenwerkingssituatie in de eerstelijns gezondheidszorg wordt niet alleen sterk waargenomen in gesprekken tussen hulpverleners afkomstig uit vaste samenwerkingsverbanden met alleen werkende hulpverleners (b.v. solo huisartsen) maar ook bij contacten tussen leden van diverse samenwerkingsverbanden onderling. Inderdaad is het zo, dat op het eerste gezicht verschillende belangrijke externe voorwaarden de aard en het functioneren van samenwerkingsverbanden sterk doen verschillen.

Beschrijving van ontstaan en functioneren van meerdere samenwerkingsverbanden in de eerste lijn zullen moeten leren in hoeverre gesproken kan worden van mogelijk te generaliseren aspecten. Binnen de indeling van de Groot behoort dit verslag tot de categorie "subjectief descriptief onderzoek".

3.4. De positie van de schrijver

Het betreft hier een verslaggeving van binnenuit doordat de verslaggever zelf aan de ontwikkeling van het samenwerkingsverband dat hij beschrijft heeft meegewerkt en dus *a priori* een subjectief oordeel heeft. Het in het oog lopende gevolg daarvan kan zijn, dat, vooral waar het gaat om gebeurtenissen die in het verleden plaats hebben gehad, onzorgvuldige en onzuivere interpretatie plaatsvindt.

Het voordeel van deze positie is dat van informatiebronnen gebruik kan worden gemaakt, waarover een buitenstaander niet zou kunnen beschikken. Het betreft dan vooral persoonlijke en relationele aspecten van het teamwork, aspecten waarvan het belang door vrijwel alle betrokkenen van verstrekkend belang worden geacht (zie o.a. Blom en van Es 1972).¹¹ Beschrijving door externe rapporteurs loopt de kans deze elementen te missen.

Vooruitlopend op de beschrijving kan nu al worden gesteld dat de inspanningen van de individuele teamleden voor het Ommoordse project van het grootste belang zijn geweest. Dit is een extra reden waarom een beschrijving, waarin deze inbreng niet - of slechts gedeeltelijk is weergegeven, onvolledig zou zijn.

Het houdt tevens in dat er ook over personen wordt geschreven.

Er kunnen problemen ontstaan wanneer een lid van het team het oneens is met de weergave door de schrijver of wanneer een teamlid informatie die hij als vertrouwelijk beschouwt niet in deze publicatie vindt thuishoren.

De twee hoofdproblemen samenhangend met de positie van de schrijver zijn daarom:

- de subjectiviteit, of liever het vermeende gebrek aan objectiviteit van de schrijver. Een ander mogelijk gevolg kan zijn dat de verslaggever de invloed die hij als deelnemer op het proces heeft gehad onvolledig of onjuist weergeeft.
- het gebrek aan anonimiteit ten aanzien van de in het verslag vermelde personen.

3.5. Het begrip intersubjectiviteit

De subjectiviteit, of liever het gemis aan objectiviteit bij de weergave van ontwikkelingen en gebeurtenissen is zoveel mogelijk beperkt door de concept-teksten aan de betrokken teamleden voor te leggen. Door dit consequent te doen ontstaat wat de Groot "intersubjectiviteit" noemt: "een gezamenlijke (dus elkaar corrigerende) waarneming van een gezamenlijke doorgemaakte ontwikkeling, die overigens niet in getallen of andere maten te meten valt". (De Groot 1961).³⁵

3.5.1. Toepassing van intersubjectiviteit

De procedure heeft bestaan uit een aantal gesprekken tussen de auteur en de afzonderlijke disciplines (inclusief de coördinator en de assistentes) en vervolgens met het voltallige team.

Deze gesprekken hebben plaatsgevonden nadat de teamleden kennis hadden genomen van de conceptteksten. De vraagstellingen van de schrijver aan zijn medeteamleden luiden als volgt:

- a. "Bevat de tekst passage(s) waarin een onjuiste of een onvolledige weergave van het gebruikte bronnenmateriaal aanwezig is?"
- b. "Bevat de tekst passage(s) waarin een onjuiste interpretatie van delen van het bronnenmateriaal geconstrueerd wordt, hoewel niet gesproken kan worden van onjuiste of onvolledige weergave?"
- c. "Bevat de tekst passage(s) die voor (een) individuele deelnemer(s) kwetsend is (zijn), hoewel van de situatie onder a en b geen sprake is?"
- d. "Is het gebruik van de eigen naam van de deelnemers toelaatbaar?"

De in het kader van deze gesprekken gemaakte opmerkingen, vragen en gestelde eisen zijn in drie categorieën te verdelen:

- commentaar op de opzet en de vormgeving
Dit commentaar is met name geleverd door de huisartsen en de praktijkcoördinator.
- commentaar op de inhoud. Vooruitlopend op de indeling van het verslag kan worden gezegd dat dit voornamelijk de paragrafen over "doelstellingen" en "rolaspecten van het taakgerichtgedrag", als onderdelen van het hoofdstuk over 1975, betrof.
- commentaar op de beschrijving van het doen en laten van individuele teamleden, vooral naar aanleiding van de paragraaf uit het hoofdstuk over 1975 die gewijd zal zijn aan "het rolgedrag van de deelnemende personen".

Over de verschillende vragen en opmerkingen is tussen de auteur en zijn medeteamleden in de discussie overeenstemming bereikt. Dit betekende dat na discussie in het kernteam die veranderingen die ten aanzien van de bovenstaande punten gewenst geacht werden, door de auteur zijn aangebracht.

3.5.2. Eigennamen

De anonimiteit waarmee vraag d (3.5.1.) samenhangt, is meerdere malen een punt van discussie binnen het team geweest.

Anonimiteit wordt actueel bij de weergave van samenwerkingsproblemen, die b.v. aanleiding hebben gegeven tot het vertrek van één of meer teamleden. Zoals zal blijken, is een aantal teamleden in de loop der jaren vertrokken vanwege het (mede) bestaan van samenwerkingsproblemen. Het weergeven van informatie daarover behoeft de toestemming van de betrokkenen en in het team moet er onderlinge overeenstemming bestaan over de gewenst geachte graad van anonimiteit. De huisartsen van de groepspraktijk, die aan de aantal onderzoeken deelnamen (met name morbiditeits-registratie-onderzoek en het onderzoek naar het voorschrijfgedrag) zijn in diverse publicaties in het eerste geval met name genoemd en in het tweede met een lettercodering aangeduid.

Een neveneffect van deze onderzoeken lag ondermeer in de sfeer van de "medical audit": een vergelijking van de werkwijze van de vier "oudere" huisartsen. Een dergelijke vergelijking heeft, hoewel aangegeven is dat geen conclusies in positieve of negatieve zin getrokken kunnen worden, een toetsingsaspect.

Deze toetsing vond plaats vóór publicatie van de artikelen in het artsteam waarbij men vaststelde dat tegen publiceren geen bezwaar bestond.

Op dezelfde manier is in het kernteam als geheel het probleem van de "anonimiteit" aan de orde geweest. Van tevoren is duidelijk gemaakt dat dit verslag geen voor vergelijking bruikbare gegevens over de geleverde werkprestatie van welke hulpverlener dan ook zou bevatten, in tegenstelling tot bijvoorbeeld artikelen vanuit de groepspraktijk. De lezers zouden hooguit een zeer algemene indruk kunnen krijgen hoe een werksoort of discipline functioneert, maar het materiaal biedt geen houvast om een oordeel te vormen over het functioneren van de individuele teamleden.

Veeleer zouden gegevens over "samenwerkingsgedrag", te definiëren als gedrag gericht op samenwerking met de andere teamleden, aan de openbaarheid worden prijsgegeven.

Uiteindelijk kwam het team in 1975 tot de volgende afspraken:

- "behalve bepaalde ontwikkelingen in de historie van de samenwerking in Ommoord zullen ook de beschrijving van het groepsproces en het individueel groeps-gedrag met zowel de betrokkene als het hele team besproken worden, om de intersubjectiviteit te waarborgen;
- bij consequent toepassen van de gemaakte afspraak is het weergeven van ook de meer persoonlijke aspecten van het groepsgedrag geen bezwaar."

De vraag of daarbij steeds de eigennamen gebruikt moeten worden, werd van minder belang geacht. Mede in verband met de leesbaarheid werd voorgesteld om de lijst van namen als bijlage toe te voegen en daaraan te refereren (b.v. via een lettercode). Bij de procedure die gevolgd werd bij de beoordeling van de conceptteksten is de vraag met betrekking tot het gebruik van eigen namen teruggekomen. Het team besloot unaniem dat er geen bezwaar bestond tegen het gebruik van eigennamen en dat de toepassing hiervan de leesbaarheid ten goede zou komen.

4. De verslagperiode

Deze loopt van 1 september 1968 tot 1 januari 1976.

De keuze van dit tijdvak behoeft toelichting. De begindatum valt samen met de:

- datum van vestiging van de eerste huisarts;
- aanstelling van de eerste maatschappelijk werker;
- vestigingsdatum van de eerste fysiotherapeut;
- start van de samenwerking met de gezamenlijke Rotterdamse kruisverenigingen in Ommoord.

4.1. De voorbereiding vóór 1968

In 1968 begon de samenwerking in de praktijk. In de drie jaar die aan deze datum vooraf gingen, zijn evenwel de belangrijke voorbereidende onderhandelingen gevoerd die voor de totstandkoming van het samenwerkingsproject van vitaal belang waren. Het gaat daarbij vooral om het overleg tussen:

- de initiatiefnemer (Henk Lamberts) en de huisartsen die samen met hem de groepspraktijk zouden gaan vormen;
- de initiatiefnemer en de instellingen voor maatschappelijk werk (de Rotterdamse Raad voor het Maatschappelijk Welzijn) en de Rotterdamse Kruisverenigingen over de toekomstige samenwerking;
- de eerste drie huisartsen met de gemeente Rotterdam, en de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.) over toekomstige steun van de gemeente bij het opzetten van het experimentele samenwerkingsverband in een nader aan te wijzen Rotterdamse stadswijk. Bij de start zou deze steun bestaan uit hulp bij de toewijzing van praktijk- en woonruimte voor de hulpverleners, later is men het gezondheidscentrum gaan plannen;
- de initiatiefnemer en het ministerie van Sociale zaken en Volksgezondheid, het Praeventiefonds en de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Ziekenfondsen ter verkrijging van financiële steun;
- de initiatiefnemer met zijn politieke partij, de Partij van de Arbeid zowel op gemeentelijk als op landelijk niveau.

Deze voorbereidingen zijn van zo'n groot belang geweest dat zij daarom in de descriptie betrokken zijn op die plaatsen waar dat relevant is.

4.2. Het einde van de verslagperiode

De afsluitdatum van 1 januari 1976 is aangehouden omdat die datum de vrije beroepsbeoefenaren in het centrum, de huisartsen met assistentes, de fysiotherapeu-

ten met assistente en de verloskundigen, één jaar gefunctioneerd hadden als de nieuwe afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse G.G. en G.D. Het dienstverband, een belangrijk feit in de geschiedenis van het samenwerkingsverband, was toen één jaar oud. Tegelijkertijd met het totstandkomen van het dienstverband en ook mede daardoor is de verhouding van de verpleegkundigen en maatschappelijk werkers en hun werkgevende instellingen, aan verandering onderhevig geweest:

- het kernteam, waarin alle hulpverleners zitting hebben, is voor de totstandkoming van het dienstverband per 1 januari 1975 een Stichting geworden; dit had consequenties voor de deelnemende maatschappelijk werkers en verpleegkundigen;
- er kwam een groep, bestaande uit afgevaardigden van de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (S.S.R.K.), de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (S.M.W.R.), de G.G. en G.D. en het Kernteam, die beleidsafspraken ging maken over maatschappelijk werk en wijkverpleegkunde (het zogenaamde Orgaan). Ook deze veranderde situatie ten aanzien van de instellingen voor maatschappelijk werk en kruisverenigingen, was op 1 januari 1976 één jaar oud.

De afsluitdatum is niet overal even strict gehanteerd om een beter begrip van bepaalde ontwikkelingen mogelijk te maken.

Aan het eigenlijke verslag is een "naschrift" toegevoegd.

Dit naschrift maakt van het onderzoek als zodanig geen deel meer uit, maar geeft slechts feitelijke informatie over een aantal belangrijk geachte ontwikkelingen die na 1976 plaatsvonden, weer.

Ook voor dit naschrift geldt dat het moet dienen ter completering.

5. De gebruikte bronnen

De bronnen van het geschreven materiaal, waaruit is geput bij de beschrijving van de ontwikkeling van de diverse samenwerkingsvormen en van het ontstaan van de teamsamenwerking, worden hier gegroepeerd weergegeven.

5.1. Externe bronnen:

correspondentie en nota's die betrekking hebben op de voorbereiding van het experimentele samenwerkingsproject, zoals de Volksgezondheidsnota 1966, de nota "Lühns", gemaakt in opdracht van de Rotterdamse gemeenteraad.^{57 58} Brieven afkomstig van - en gericht aan het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het Praeventiefonds, de Rotterdamse Ziekenfondsen, de Rotterdamse G.G. en G.D.

Overeenkomsten en correspondentie met de Rotterdamse kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk. Sommige van deze archiefstukken behelzen belangrijke zaken zoals subsidietoekenning, samenwerkingsovereenkomsten en andere belangrijke besluiten.

5.2. Interne bronnen:

geschreven materiaal *vanuit* het team (of team in oprichting) zelf, onder te verdelen in:

- a. publicaties in vak- en andere tijdschriften;
- b. notulen en verslagen van de gehouden vergaderingen in alle verbanden;
- c. verslagen van de teambegeleiding;
- d. periodieke verslagen van teamleden ten behoeve van de instellingen waarbij zij in dienst waren (maatschappelijk werkers en verpleegkundigen). Wanneer verder in dit verslag over "bronnen" gesproken wordt, zijn daarmee de interne bronnen bedoeld, tenzij anders is aangegeven.

5.3. materiaal betreffende de wijk Ommoord:

documenten in en rond de wijk Ommoord gepubliceerd:

- a. vanuit het "functionarissencontact";
- b. het evaluatieverslag van het experimentele welzijnsbeleid in het kader van het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid, gevoerd van 1970 - 1974 door het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk (Hakvoort 1974);³⁶
- c. voorlopige aanwijzingen uit het onderzoek uitgevoerd door de Stichting Itoba (voorheen Intagon) naar de satisfactie van de bewoners van de wijk ten aanzien van het gezondheidscentrum.⁸¹

5.4. Perspublicaties over het centrum:

datgene wat in tijdschriften, dag- en weekbladen over het centrum werd geschreven. Naast deze bronnen die (in engere zin) allemaal op de een of andere wijze te maken hebben met het gezondheidscentrum, is ook gebruik gemaakt van relevant materiaal wat betrekking heeft op vergelijkbare ontwikkeling elders, de bronnen in bredere, meer gebruikelijke zin.

5.5. Publicaties in de vakpers:

tijdschriftartikelen, verslagen en anderszins gebundelde informatie vanuit samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra in Nederland.

Alle andere literatuur, relevant geacht voor bepaalde aspecten van de samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg, waaronder bijvoorbeeld informatie van het Nederlands Huisartsen Instituut.

5.6. De betekenis van de interne bronnen

Over de bronnen in "engere zin" die de basis van dit verslag vormen, moet een aantal opmerkingen worden geplaatst.

In de eerste plaats is schriftelijke vastlegging van team- en disciplinevergaderingen in de opbouwfase, de periode tot en met 1972, niet zo omvangrijk geweest als in de periode daarna.

Voor al deze verslagen geldt dat controle door het team op de inhoud heeft plaatsgevonden. Ten tweede geven deze bronnen soms een vertekend beeld in die zin, dat een aantal vooral relationele aspecten van het samenwerkingsproces in mindere mate vastgelegd kon worden. Alle teamleden hadden de beschikking over het gehele bronnenmateriaal.

Van groot belang voor deze verslaggeving is evenwel dat de informatie die in de loop der jaren in deze bronnen is vastgelegd in verregaande zin bepalend is voor de inhoud van dit verslag.

Waar commentaar, theoretische beschrijvingen of interpretaties gegeven worden, is dat in de tekst aangegeven.

Het gaat in dit verslag om een bronnenonderzoek met controle door het team (door middel van intersubjectiviteit) achteraf. Naar aanleiding van ander materiaal zoals publicaties en verslagen heeft wel controle plaatsgevonden binnen het team, maar deze controle had, gezien de verantwoordelijkheid van de auteur van dit materiaal, een ander karakter.

6. De systematiek

6.1. De vraagstelling

Een drietal vragen is gekozen bij het beschrijven van de geschiedenis van het samenwerkingsverband:

1. Welke zijn de relevante taakaspecten in het proces van de samenwerking?
2. Welke zijn de relationele en persoonsgerichte aspecten in het proces van de samenwerking?

3. Welke externe factoren zijn in de beschreven periode voor het samenwerkingsverband en het samenwerkingsproces van belang geweest?

ad 1. Uit deze vraag zijn de volgende deelvragen af te leiden:

a. hoe is de doelstellingsformulering verlopen?

b. welke middelen zijn aangewend om het gestelde doel te bereiken?

De vragen 1a en 1b hebben betrekking op het vaststellen van de inhoud van de gezamenlijke taak en de wijze waarop die taak door het team is uitgevoerd.

ad 2. Uit deze vraag zijn de volgende deelvragen af te leiden:

a. wat is de aard van de onderlinge relaties tussen de deelnemende personen geweest en welke veranderingen hebben daarbinnen plaatsgevonden?

b. van welke aard is de onderlinge beïnvloeding van aspecten die de onderlinge relatie betreffen en aspecten die met de taak van het team als zodanig samenhangen?

ad 3. Deze factoren kunnen in dit verband van uiteenlopende aard zijn, bijvoorbeeld:

a. partijpolitieke steun,

b. voornemens in het beleid van de centrale overheid,

c. voornemens van de gemeentelijke overheid,

d. ontwikkelingen binnen de diverse beroepsgroeperingen van de teamleden,

e. structurele aspecten van de organisaties die werkzaam zijn in de eerstelijns gezondheidszorg, zoals de kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk.

6.1.2. De benodigde deskundigheid

De beantwoording van de vragen 1 en 3, bij de aanwezigheid van voldoende adequate bronnen, vergt van de auteur geen andere deskundigheid dan die, welke iedere deelnemer die aan de totstandkoming van het samenwerkingsverband heeft bijgedragen, zich heeft verworven.

Bij vraag 2 echter is de situatie anders.

De beschrijving van groepsprocessen en interactie tussen personen behoort tot het terrein van de sociale psychologie. Vanuit op beschrijving gebaseerde theorieën zijn psychologen zich gaan bezighouden met de praktische toepassing van die theorieën.

De aanleiding tot die toepassing werd soms gevormd door het optreden van problemen binnen een groep. In het kader van gerichte actie om die problemen op te lossen zijn begrippen als communicatie, leiderschap en rollen getoetst.

Bij de beantwoording van vraag 2 zullen dan ook woorden en begrippen worden gebruikt uit de sociale psychologie.

Nagegaan zal worden of een aantal van deze begrippen, die blijkens de literatuur in dit verband gebruikt worden, ook gebruikt kunnen worden bij deze beschrijving.

6.1.3. Benadering van de vraagstelling

De driedelige vraagstelling is, zoals reeds vermeld, beschrijvenderwijs benaderd, met als voornaamste materiaal de interne verslaggeving.

Van effectmeting of effect-evaluatie is geen sprake, wel van procesbeschrijving, waarbij getracht is indicaties voor proces-interpretatie en -evaluatie op het spoor te komen, en als zodanig te identificeren.

6.2. Een aantal algemene begrippen

Door het hele verslag heen zal een aantal begrippen zeer veel worden gebruikt. Daarom wordt op deze plaats daarvan een omschrijving gegeven.

Onder de benaming "team" of "samenwerkingsverband" wordt hier verstaan een "niet hiërarchisch gestructureerde groep personen van verschillende professies die hun werk op een gezamenlijk doel richten". Het doel in dit geval is het gezamenlijk

verlenen van hulp in de "eerstelij" van de gezondheidszorg in de wijk Ommoord. Met "lijn" of "echelon" wordt bedoeld een "sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal dezelfde functionele kenmerkende gerichtheid vertonen". Deze uit de Structuurnota gezondheidszorg 1974 afkomstige omschrijving krijgt in de nota accent doordat "de voorzieningen die voorheen gescheiden en onafhankelijk van elkaar functioneerden moeten worden geïntegreerd in gemeenschappelijke organisatorische kaders". (Structuurnota 1974).⁵⁹

Het gaat dus bij echelonering om een ordeningsprincipe in twee betekenissen. Het "eerste echelon" (of de eerste lijn) omvat die hulpverleners en instanties die vrij toegankelijk zijn voor de gebruiker.

De voorzieningen binnen de eerstelij hebben een niet gespecialiseerd karakter. Het hulpaanbod richt zich op individuen in hun maatschappelijk verband en wordt gedaan zo dicht mogelijk bij de leefsituatie van de ontvanger.

Het begrip "eerstelij" krijgt in diverse publicaties een extra betekenis, namelijk de "beweging" die naar multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn streeft. Onder "discipline" wordt in dit verband een "tak van wetenschaps- en/of beroepsuitoefening met een eigen methodiek en eigen werkerterrein" verstaan.

De disciplines die deelnemen aan het samenwerkingsverband in Ommoord zijn huisartsen, fysiotherapeuten, algemeen maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden en verloskundigen. Het team wordt in het werk gesteund door een coördinator, een assistent coördinator, een praktijk verpleegster, assistierend personeel en een secretaresse.

De verzamelnaam die ook veel gebruikt zal worden is "kernteam". Met "kernteam" wordt het team uit het gezondheidscentrum aangeduid. De toevoeging "kern" geeft aan dat de actuele samenstelling overeenkomt met in het team levende opvattingen over welke disciplines in ieder geval tot de eerstelijns gezondheidszorg behoren. De term "gezondheidscentrum" (of kortweg "centrum") wordt gebruikt voor de gemeenschappelijke ruimtelijke voorziening waarvan het multidisciplinaire samenwerkingsverband bij de hulpverlening gebruik maakt.

Met "groepspraktijk" wordt de samenwerkingsvorm van de deelnemende huisartsen aangegeven zoals die formeel bestond tot aan de ingebruikneming van het centrum in november 1972. De werkwijze van de huisartsendiscipline behield ook na die datum de functionele kenmerken van een groepspraktijk. Deze term, of de term "huisartsengroep" komt dan ook later in het verslag dikwijls terug.

"Samenwerking" komt zeer frequent in de tekst voor. Toegespitst op het onderwerp geeft de term weer: "een manier van werken die personen vanuit verschillende disciplines in staat stelt om met inzet van een ieders specifieke kennis en vaardigheden een gezamenlijk doel te bereiken". Het "gezamenlijke" van samenwerking tussen hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg is niet altijd even eenvoudig in kwantitatieve en kwalitatieve termen aan te geven.

Een "mager samenwerkingsconcept" (Ris en Diederiks 1974) geeft aan dat in dit geval slechts gesproken kan worden van "coördinatie in de praktische uitvoering van de verschillende hulpverleningsvormen".⁷² Aan het andere einde van de schaal bevinden zich de teams die zich gezamenlijk een geheel "nieuw" hulpverleningsproduct ten doel stellen.

6.3. De gedrags-wetenschappelijke invalshoek

De gedragswetenschappelijke begrippen die in dit verslag zullen worden gebruikt hebben in hoofdzaak betrekking op het begrip "groep".

Deze begrippen zijn ontleend aan relevant geachte literatuur.

Allereerst worden definiëring en precisering van het groepsbegrip aan de orde gesteld en vervolgens de diverse aspecten zoals taak- en relatie-elementen, vorming en structuur van groepen. Daarna wordt de organisatiekundige inbreng kort weergegeven en worden ontwikkelingsaspecten en rollen binnen groepen beschreven.

In deze paragraaf wordt tenslotte een aantal publicaties die betrekking hebben op teamsamenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg genoemd.

6.3.1. De omschrijving van het begrip groep

Het begrip groep is (en was) voorwerp van veel onderzoek in de sociologie en de psychologie. Aangezien in het kader van dit verslag het team of het samenwerkingsverband als groep gezien wordt is het nuttig om bij de beschrijving en definiering van het begrip groep stil te staan.

Van Leent verzamelde van diverse auteurs, ter analyse, een aantal bouwstenen van definities van het begrip groep (van Leent 1964).⁵³

Hij gaat bij de analyse uit van de volgende basisdefinitie:

"Een verzameling individuen die zich door minstens één kenmerk van andere individuen onderscheiden".

De kenmerken die van Leent noemt en die in diverse combinaties de componenten van definities vormen zijn: individueel tegenover relationeel, kortstondig tegenover duurzaam, en nabijheid tegenover verwijdering.

Naast kenmerken vermeldt van Leent een aantal elementaire toevoegingen: het zich bewust zijn van discriminerende kenmerken bij de groepsleden zelf en bij de omgeving, het identificatie element, en het eenheids begrip.

Eenheid kan zowel betekenen een geheel met specifieke eigenschappen als een onderlinge afhankelijkheid die personen en functies binnen een groep bindt.

In de sociologie wordt de hantering van het begrip groep voorbehouden aan een aantal individuen met een gemeenschappelijk kenmerk, terwijl die zich als zodanig niet als lid van die groep identificeren.

In de sociale psychologie staat deze identificatie doorgaans centraal in de definiering.

Cartwright en Zander geven de volgende omschrijving:

"een verzameling individuen die onderlinge relaties hebben die hen in belangrijke mate onderling afhankelijk maken".

Zij voegen daar de volgende lijst van kenmerken aan toe:

- "de leden van de groep hebben frequent contact
- ze zien zichzelf als leden van de groep en worden door anderen ook zo gezien,
- en hebben gemeenschappelijke doelen en normen
- er is een rolpatroon
- de groep heeft de neiging tot collectief optreden naar buiten". (Cartwright en Zander 1968).²⁰

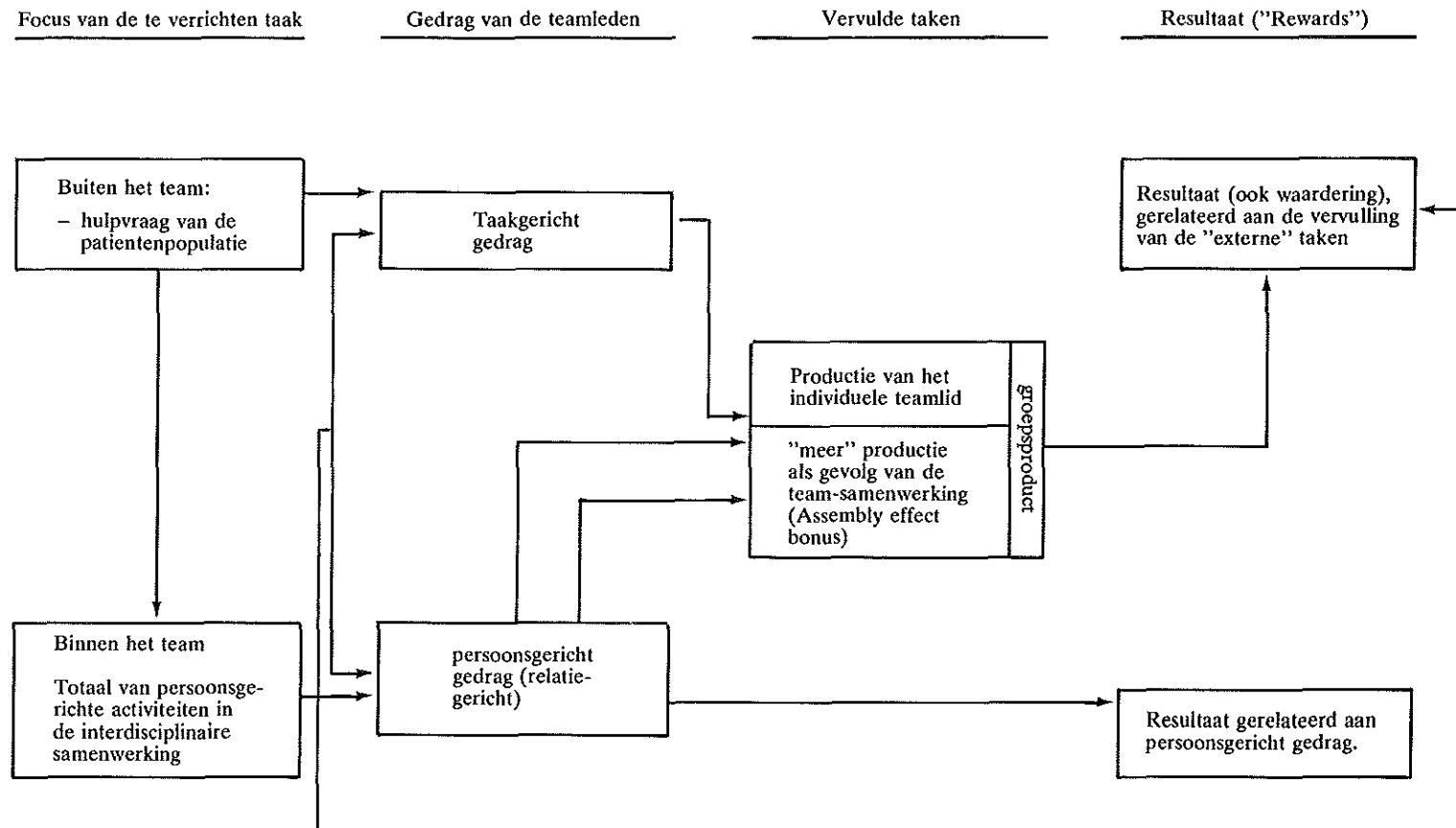
In deze omschrijving zitten twee hoofdbestanddelen, die bij de beschrijving, ook in het verband van dit verslag, belangrijk en toepasbaar zijn, gezien de vraagstelling. In de eerste plaats zijn dat de taakelementen: de verschillende aspecten van het taakgericht gedrag van leden van een groep.

In de tweede plaats zijn het de relationele en emotionele factoren die tezamen het persoonsgericht gedrag bepalen.

6.3.1.1. Samenhang taak- en relatieaspecten

Collins en Guetzkow hebben deze samenhang in tekening gebracht (zie figuur I Collins e.a. 1969, pag: 18).²² Ook hier is de onderscheiding gemaakt tussen het taakgerichte en het persoonsgerichte of relatiegerichte gedrag, maar in een onderlinge samenhang. De tekst in de tekening is door de auteur aangepast aan de situatie van het team hulpverleners in Ommoord. De pijlen in de tekening geven beïnvloedingsstromen weer.

Beziet men de vier verticale kolommen van figuur I dan valt uiterst links op dat gesteld wordt dat voor er nog iets is gedaan door de groep, de wijze waarop tegen de uitwendige taak wordt aangekeken, de "inwendige taak" reeds beïnvloedt. Uiterst

FIGUUR I (naar Collins en Raven)²²

rechts is weergegeven het resultaat ("reward" of "outcome") en weer onderverdeeld in "resultaat" gerelateerd aan de vervulling van de "uitwendige" taak (b.v. is de verleende hulp effectief en wordt deze gewaardeerd) en "resultaat" gerelateerd aan de onderlinge interactie (b.v. is de manier van samenwerken in dit geval juist geweest en zijn de leden van het team daarmee tevreden).

De combinatie van twee resultaten of twee effectcategorieën die respectievelijk het gevolg zijn van de taakvervulling door de groep en het persoons- of relatie-gerichte gedrag, vervult reeds tijdens het gehele proces een belangrijke terugkoppelingsfunctie ten aanzien van de twee gedragscategorieën. Met name wanneer een groep gezamenlijk doelstellingen formuleert die nieuw zijn en door dit nieuwe karakter een andere taakvervulling van de groepsleden vereist wordt, is deze terugkoppeling van groot belang. Er doen zich dan vragen voor als: "heeft dit experiment nut, wat vinden de patienten ervan, valt er op deze manier met deze disciplines samen te werken?"

In de kolom vervulde taken is de "groepsproductie" weergegeven. Er wordt verondersteld dat de totale productie groter is dan de som van de productie van de individuele leden door het feit van de samenwerking op zichzelf ("Assembly effect bonus").

Het lijkt niet realistisch om te veronderstellen dat dit effect voor alle groepsleden in dezelfde mate aanwezig zou zijn. Deze veronderstelling is ontleend aan experimentele situaties waarin eenvoudige problemen aan een groep en aan elk individueel groepslid werden aangeboden. Complexe situaties zoals die zich voordoen in een multidisciplinair team voor de eerstelijns gezondheidszorg zijn niet op een dergelijke wijze onderzocht.

Het schema van Collins en Guetzkow biedt voor een "totaal onderzoek" naar effect en functioneren van teams ook in de eerstelijns gezondheidszorg een goede basis. Kaplan komt op grond van onderzoek tot een andere conclusie (Kaplan 1978).⁴³ Hij testte in een kleine groep (vier leden) die tezamen een aantal relationele problemen moesten oplossen de volgende hypothese:

"bevordert het expliciet bespreken van relationele aspecten tussen groepsleden ("expressive maintenance") de resultaten van de taakvervulling?". In dit onderzoek, anders van aard dan datgene waaraan Collins en Guetzkow refereren, werd deze hypothese niet bevestigd.

De in bovenstaande citaten weergegeven opvattingen op dit punt zijn voor samenwerking in teamverband van belang, omdat bij de specifieke situatie van multidisciplinaire samenwerking dikwijls twee vragen gesteld worden:

"Is het beter om met meerdere disciplines samen te werken?" en

"Is het beter om met, meerdere personen, eventueel van dezelfde discipline, samen te werken?"

Deze overwegend theoretische beschouwing wordt plotseling actueel als men zich bedenkt dat vermoedelijk veel hulpverleners ook in de eerstelijns gezondheidszorg hun motivering tot samenwerking aan de mogelijke irreële verwachtingen ten aanzien van de "Assembly effect bonus" ontleenen.

6.3.2. Vorming van groepen

Cartwright en Zander geven de manieren weer waarop groepen gevormd worden (Cartwright en Zander 1968)²⁰:

Groepsvorming kan bewust plaatsvinden, waarbij het dikwijls gaat om taakgroepen, maar ook onbewust en spontaan bijv. in het publiek bij een manifestatie. Tenslotte zijn drijfveren van buitenaf een reden dat groepsvorming plaatsvindt.

6.3.3. Structuren van groepen

Cartwright en Zander beschrijven de elementen die structuren van een groep bepalen: de capaciteiten en motivatie van de leider en de omgevingsfactoren (Cart-

wright en Zander 1968).²⁰

Vanuit deze elementen ontstaan een aantal structuurkenmerken zoals: Status en rol van de individuele deelnemers, die bepalend zijn voor de macht en de gezagsstructuur in de groep, het communicatiepatroon, het onderlinge interactiepatroon, en de subgroep.

Deze structuurkenmerken komen in de nadere uitwerking van de systematiek aan de orde.

Over het verschijnsel subgroep zal iets meer worden gezegd.

Een subgroep binnen een groep is volgens de auteurs een verzameling leden van die groep die een gemeenschappelijk, en van het groepsdoel afwijkend doel kan hebben. Het kan zijn dat dit nieuwe gemeenschappelijke doel een privé-doel is. Het kan ook zijn dat in het geval van een multidisciplinair team deze groep, die ook een discipline kan zijn, een afwijkend doel nastreeft.

Het is ook mogelijk dat tussen een aantal groepsleden onderling meer positieve gevoelens bestaan dan tussen die leden en de overige leden van de groep. Hierdoor gaat het groepje wat "veel van elkaar houdt" die onderlinge relatie als doel van de aanwezigheid in de totale groep zien.

Het bestaan van een subgroep behoeft echter geen oorzaak te zijn van disfunctioneren van een groep, mits het verschil in doelstelling (de reden waarom de subgroep bestaat) niet al te groot en duidelijk is en ook bespreekbaar is voor alle leden van de groep. Voor het verslag van het ontstaan van het samenwerkingsverband in Ommoord is vooral de subgroep die gevormd wordt door één bepaalde discipline van belang geweest. De afwijkende doelstellingen die in dit geval de subgroepvorming bepaalden, hadden vooral te maken met verschillen tussen de professies, professionele aspecten dus van het groepsfunctioneren. Met name de groepspraktijk van huisartsen heeft lang gefunctioneerd en functioneert nog als een belangrijke en ook functionele subgroep binnen het Ommoordse team. Een tweede subgroep, ditmaal niet monodisciplinair, heeft zich gevormd rond de groepswijze benadering van patienten (de zogenaamde groepen-groep).

Overigens is het niet zo dat alleen de huisartsen duidelijk gefunctioneerd hebben als een subgroep binnen het grote team.

Voor elke discipline geldt dat er een bepaalde periode is geweest waarin de vertegenwoordigers van een discipline duidelijk als subgroep binnen het team gefunctioneerd hebben.

6.3.4. Functioneren binnen groepspraktijken

Van Ravenswaay, Hollander en Whitlau beschrijven in hun publicatie:

"Groepspraktijken en groepsprocessen" (1973) een aantal groepspraktijken in Nederland. Zij constateren dat binnen de door hun geobserveerde groepen diverse aspecten van de samenwerking zoals inhoudelijke, relationele en organisatorische, afwisselend de meeste aandacht krijgen.⁶⁹ De mate waarin een groep aandacht geeft aan hetzij de ene hetzij de andere vorm van groepsgedrag wisselt volgens de auteurs. Zij constateren bij de door hen beschreven teams een golfbeweging waarbij bijvoorbeeld een "relationele golf" gevolgd werd door een "organisatorische golf" of een "doelstellingsgolf". Een groep kan zich in een fase waarin de taakvervulling de meeste gemeenschappelijke aandacht krijgt minder bezighouden met de onderlinge relaties totdat zich op dat terrein een probleem voordoet, waardoor de aandachtsfocus verschuift naar de onderlinge verhoudingen tussen de groepsleden. Het omgekeerde kan evenzeer het geval zijn.

Dit verschijnsel van de vaste opeenvolging van een aantal ontwikkelingsstadia binnen een groep of team is ook door Lamberts beschreven.

Hij spreekt van een continue ontwikkelingsbeweging langs een spiraal (Lamberts 1974).⁴⁵

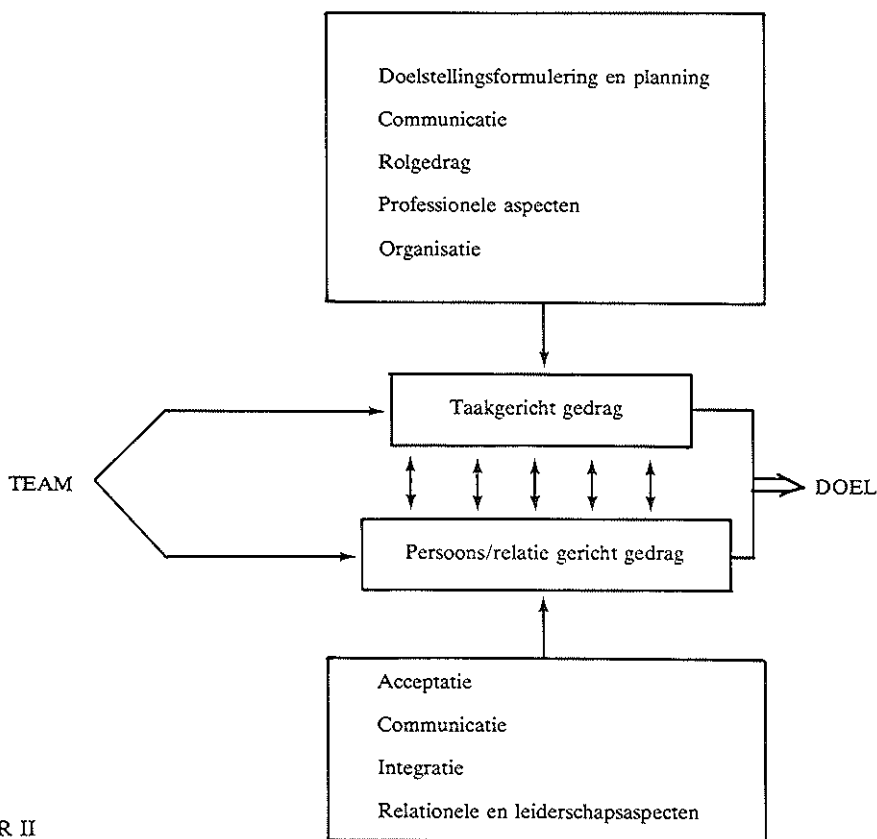
In "Hoe helpt de dokter?" wordt een aantal aspecten van deze twee soorten gedrag

genoemd. (Nederlands Huisartsen Genootschap 1975).⁶³

Deze aspecten zijn weergegeven in figuur II op deze pagina.

Deze indeling zou beschouwd worden als verbijzondering van het middelste gedeelte van het schema uit figuur I.

Het zijn de aspecten zoals in figuur II weergegeven die in de historische analyse waarom het hier gaat, aandacht zullen krijgen. Deze indeling vindt voldoende basis in de literatuur en in dit verslag zal worden geprobeerd om binnen het kader van de gekozen werkwijze relevante informatie omtrent de diverse aspecten te verschaffen.



FIGUUR II

("Hoe helpt de dokter?", N.H.G. 1975).⁶³

6.3.5. De groep als organisatie

Het woord organisatie wordt in verschillende betekenissen gebruikt. Soms wordt de handelwijze met betrekking tot een bepaalde activiteit bedoeld. Soms betreft het gebruik van deze term de afspraken die zo'n handelwijze medebepalen.

In ander verband gaat het om de organisatie als waarneembare maatschappelijke eenheid of, anders gezegd, sociologisch fenomeen.

Voor dit verslag zijn met name van belang:

- het stelsel van afspraken dat de teamleden onderling maakten t.a.v. de verschillende activiteiten
- de verbindingslijnen van disciplines of individuele teamleden met instanties of instellingen buiten het team in het veld van de gezondheidszorg en ook in andere sectoren.

In beide gevallen worden deze organisatieaspecten in de zin van: "het bestaande stelsel van afspraken", gebruikt.

Van Ravenswaay e.a. benoemen de bovenstaande organisatie-aspecten met de termen: praktisch en structureel. (v. Ravenswaay e.a. 1973).⁶⁹

Deze terminologie is in dit verslag ook toegepast. De structureel organisatorische aspecten hebben in dit verband vooral te maken met de relatie tussen teamleden enerzijds en hun werkgevende instellingen en beroepsgroeperingen anderzijds, maar ook met de relatie met externe ondersteunende instanties, zoals bijvoorbeeld overheidslichamen.

De bestudering van de organisatie als waarneembaar maatschappelijke eenheid behoort tot het terrein van de organisatiekunde.

Bij de beschrijving en analyse van organisaties worden niet weinig theorieën en uitgangspunten gehanteerd.

De variaties in de verschillende definities wordt in hoofdzaak bepaald door het belang dat aan formele doelen enerzijds en aan sociaal psychologische facetten en relaties anderzijds wordt toegekend. (Cohen, e.a. 1976, Pfeffer, 1978).^{21 68}

Schein definieert een organisatie vooral met betrekking tot het (of de) doel(en): "An organization is the rational coordination of the activities of a number of people for the achievement of some common explicit purpose or goal, through division of labour and function, and through a hierarchy of authority and responsibility" (Schein 1970).⁷⁵

Een rationele definitie die in dit opzicht iets verschilt is die van Hall, die in zijn definitie meer nadruk legt op de continuïteit:

"An organization is a collectivity with relatively identifiable boundary, a normative order, authority ranks, communications systems, and membership coordinating systems; this collectivity exists on a relatively continuous basis in an environment and engages in activities that are usually related to a goal or a set of goals" (Hall 1972).³⁷

In de tweede definitie wordt al opengelaten dat gedrag van individuen binnen een organisatie niet altijd bepaald hoeft te zijn door een of meer formele doelen.

Albrow bouwt in zijn definitie het begrip legitimering in.

Hiermee wordt bedoeld dat organisatie-doelen soms achteraf worden gebruikt om individueel gedrag binnen de organisatie te rechtvaardigen:

"Organizations are social units where individuals are conscious of their membership and legitimize their cooperative activities primarily by reference to the attainment of impersonal goals rather than to moral standards". (Albrow 1968).²

Silverman gaat uit van een definitie waarin individuele doelen en problemen de bouwstenen zijn van de organisatie:

". . . it is equally as valid to suggest that an organization itself is the outcome of the interaction of motivated people attempting to resolve own problems". (Silverman 1970).⁷⁹

Het vóórkomen van de twee elementen: doelgericht en niet doelgericht gedrag van mensen binnen een organisatie, in de verschillende definities leidt tot de vaststelling dat beide elementen wezenlijk zijn. Hazewinkel constateert bovendien dat onderzoek heeft geleid tot de vaststelling dat een mens zich dikwijls gedraagt zonder aanwijsbaar doel. Naderhand worden dikwijls doelen bedacht om het gedrag te verklaren en te rechtvaardigen (Hazewinkel 1980).⁸⁵

Hij legt hiermee een verband tussen rationeel en niet rationeel gedrag van mensen ook binnen een organisatie.

De twee hoofdelementen van de bovenstaande definities van organisaties zijn in feite dezelfde als de twee gedragscategorieën die in dit verslag ten behoeve van de beschrijving van het groepsproces gebruikt zijn: de taakaspecten en de relatieaspecten.

Elders (pag. 27) wordt ingegaan op de verschillende doelstellingen en op de formulering daarvan.

De consequentie van de aard van de doelen (d.w.z. omschreven of niet) heeft gevolgen voor het type organisatie. In de typering staat de bureaucratische organisatie met maximale beheersing, precisie en strenge rolverdeling tegenover de organisatievorm waarbij de structuur zich in omgekeerde zin kenmerkt: de organische. Het eerste type organisatie past qua structuur het beste bij een omschreven doel en het tweede type past bij een minder omschreven doel. De contingentie-theorie in de organisatiekunde stelt dat een organisatie zich zodanig structureert dat de gezien de doelen meest geschikte structuur wordt verkregen.

Bij de nadere beschrijving en de analyse van de organisatieaspecten van het samenwerkingsverband gedurende de verslagperiode wordt in hoofdzaak aandacht besteed aan die elementen die eerder in deze paragraaf genoemd zijn als "practische en structurele organisatieaspecten". De weergegeven organisatie-theoretische optiek is niet betrokken in de uitwerking. De gekozen systematiek met de driedeling: taakaspecten, relatie-aspecten en externe factoren wordt in dit verband voldoende geacht.

6.3.6. Groepsontwikkeling

Het gaat bij de beschrijving in dit boek ook om het ontstaan van een groep; het uiteindelijke team.

Ook over groepsontwikkeling bestaat veel sociaal-psychologische theorievorming. Een aantal van deze theorieën wordt kort vermeld, terwijl één daarvan in meer uitgebreide zin aan de orde komt.

Daarna wordt een studie aangehaald waarin een afzonderlijk aspect van groepsontwikkeling wordt belicht.

Tenslotte wordt in dit verband één van de zeer weinige publicaties over teamvorming en groepsontwikkeling in eerstelijns gezondheidsteams aangehaald.

6.3.6.1. Enkele theorieën over groepsontwikkeling

Ten einde de taak (de occupaties) van een groep te volbrengen hebben de leden van een beginnende groep een aantal emotionele problemen (de preoccupaties) op te lossen.

Op deze preoccupaties richten zich een aantal theorieën. De verwerking van deze "preoccupaties", ook wel "basic needs" of "modal concerns" genoemd, wordt in deze theorieën in fasen gedacht die in volgorde moeten worden afgewerkt en cyclisch doorlopen kunnen worden. Deze theorieën zijn in hoofdzaak ontwikkeld op basis van onderzoek in trainingsgroepen ("T.groups").

Schutz noemt drie basale relationele behoeften (basic needs):

- de behoefte aan "inclusion": het verkrijgen van een vaste plaats in het relatiepatroon van de groep.
- de behoefte aan "control": het aandeel in de machtsstructuur.
- de behoefte aan "affection": emotionele expressie en vriendschap. (Schutz 1958).⁷⁷

Bennis en Shepard gaan uit van twee belangrijke terreinen waarop de onzekerheid van de leden van een zich ontwikkelende groep zich achtereenvolgens concentreert: "dependence", de afhankelijkheid van, en de oriëntatie op de groepsstructuur die in de groep gaat ontstaan en "counterdependence" als tegenovergesteld element. Een goede ontwikkeling leidt vervolgens tot "interdependence" in de onderlinge relaties van de leden van de groep (Bennis en Shepard 1956).⁹

Bion beschrijft drie "basic assumptions" die bij groepen in ontwikkeling opeenvolgende fases kenmerken: "dependency", afhankelijkheid van het externe gezag, "pairing" waarbij leden van de groep bij elkaar steun gaan zoeken en "fight-flight" waarbij de handhaving van het individuele groepslid de inzet vormde (Bion 1961).¹⁰

De theorie die meer uitgebreid aan de orde komt is die van J.R. Gibb, waarbij een ontwikkelingsmodel wat zowel op taak, als op emotionele processen in groepen van toepassing moet zijn, geboden wordt. (Gibb 1964).³²

Deelnemers aan een beginnende groep (en in feite aan iedere vorm van sociale interactie) zijn volgens Gibb achtereenvolgens bezig met de volgende vier aspecten van onderlinge interactie:

- a. acceptatie
- b. dataflow (uitwisseling van informatie en gevoelens over en weer)
- c. doelstellingsformulering
- d. sociale controle.

Bezig zijn met één van de vier "modal concerns" zoals Gibb ze noemt, houdt in dat zo snel mogelijk de "bezorgdheid" over dit aspect verminderd wordt, zodat naar het volgende aspect kan worden "toegegroeid". Gibb legt de nadruk op deze volgorde omdat bijvoorbeeld geen goede doelstellingsformulering kan plaatsvinden als de acceptatiefase niet goed is verlopen en geen uitwisseling van relevante gevoelens tussen de deelnemers heeft plaatsgevonden. Gibb werkt vervolgens deze vier stadia nader uit:

Acceptatie op wederzijdse basis bepaalt in belangrijke mate het gevoel "erbij te horen". Gibb noemt als afgeleid "modal concern" van acceptatie het lidmaatschapsprobleem. Is de fase van de acceptatie niet goed verwerkt dan leidt dit tot wantrouwen en angst, is de acceptatiefase wel goed verlopen dan ontbreken angst en wantrouwen, en bestaat geen twijfel over het "erbij horen".

"Dataflow" geeft het volledige verkeer van gevoelsuitwisseling en waarneming van gevoelens en andere informatie tussen de leden van de groep weer. De mate waarin deze uitwisseling en waarneming goed heeft plaatsgevonden uit zich volgens Gibb in de besluitvorming binnen de groep. Onvoldoende dataflow leidt tot een beleefd doch voorzichtig manoeuvreren waar het beslissingen betreft, en omgekeerd.

Doelstellingsformulering is de basis van productiviteit van een groep. Harmonische integratie van de individuele motivaties van de groepsleden in de groepsdoelstellingen leidt tot creativiteit, terwijl doelstellingsformulering waarbij die harmonische integratie niet plaatsvond, passiviteit of wedijver in de hand werkt.

Met controle wordt hier bedoeld het totaal aan regel- en controlemechanismen wat binnen een groep bestaat en het gedrag van de groepsleden beïnvloedt.

Uit deze controle komt het organisatieaspect tevoorschijn wanneer het gaat om formalisering en stabilisering van het groepsfunctioneren. Wordt de controlefase niet goed verwerkt dan leidt dit volgens Gibb tot individuele afhankelijkheid (dependentie) van één der leden ten opzichte van een of meer van de andere leden, terwijl het omgekeerde ook het geval kan zijn. Wordt de controlefase goed doorlopen dan kan worden gesproken van onderlinge afhankelijkheid van alle leden van de groep en een juiste verdeling van de rollen binnen de groep (interdependentie).

Deze theorie is ontleend aan observaties van trainingsgroepen. Groepstrainers baseren hun strategie bij het begeleiden van groepen dan ook dikwijls op deze theorie. Kerssemakers e.a. die van dit model gebruik wilden maken bij het ITOBA-onderzoek in de groepspraktijk Overvecht in Utrecht, constateerden dat de theorie van Gibb bij onderzoek van taakgroepen niet is toegepast (ITOBA 1975).⁸¹

De theorie werd wel relevant voor dit onderwerp geacht. Er wordt een systeem aangereikt waarmee het ontstaan van een groep beschreven kan worden, en waarin het proceskarakter van groepsfunctioneren wordt benadrukt.

Een onderzoek waarin deze theorie getoetst zou kunnen worden is in het gezondheidscentrum in Ommoord niet verricht. Daarom zal het vermoedelijk alleen mogelijk zijn om in de ontwikkeling van het relatiepatroon binnen het team fases aan te wijzen die overeenkomst vertonen met de fases van Gibb. Het zal daarbij gaan om het team als geheel. Wat betreft de individuele deelnemers is dit niet mogelijk en bovendien op voorhand als zeer gecompliceerd te kwalificeren.

6.3.6.2. De ontwikkeling van rollen in een groep

Het rolpatroon wat in kleine groepen ontstaat met betrekking tot de besluitvorming wordt hier belicht aan de hand van een publicatie van Bales en Slater, getiteld: "Roledifferentiation in small decision making groups" (Bales en Slater 1951).⁴

Hoewel deze publicatie niet van recente datum is, geeft de daarin weergegeven ontwikkeling goede aanknopingspunten voor dit verslag.

Het totaal aan verwachtingen ten aanzien van de manier waarop elk lid van een groep zich binnen de groep zal gedragen is een vast en gemeenschappelijk kenmerk van elke groep. Het gedrag wat binnen de groep op een bepaald moment van een bepaald lid wordt verwacht, wordt omschreven als rolgedrag.

Het ontstaan van dat rolgedrag is een belangrijke factor in de ontwikkeling van een groep. Bales en Slater hebben in een laboratoriumsituatie het ontstaan en de differentiatie van rollen binnen groepen middels observaties en interviews nagegaan.

Daarbij bleek in de eerste plaats dat naarmate meer groepszittingen plaatsvonden er een toenemende tendens ontstond om het groepslid (of leden) wat de meeste ideeën inbracht (de idea-specialist) minder te waarderen als persoon (best liked man) dan in het begin het geval bleek. De toegeschreven mate van sturen en reguleren in het groepsproces bleek op den duur wel samen te kunnen gaan met de mate van toegeschreven waardering voor de persoon. Zij komen vervolgens tot twee omschrijvingen van roltypen namelijk die van "idea-man" die ook blijkens de andere gescoorde variabelen, zijn activiteiten concentreert in diverse vormen van taakgericht gedrag, en de best "liked man" die het zwaartepunt van zijn inspanning in de groep legt in de relationele functies.

Bales en Slater concluderen op grond van het door hen gedane onderzoek dat deze twee rollen de basisrollen binnen groepen in ontwikkeling zijn. Bij groepen waarin deze twee "specialistenrollen" duidelijk zijn uitgekristalliseerd bestaat er tussen de twee "specialisten" een belangrijk communicatiekanaal, waarbij de onderlinge relatie meestal een ondersteunend karakter heeft.

Aan het eind van het experiment van Bales en Slater werd aan de deelnemers gevraagd hoe de diverse leden van de groep in meer of mindere mate als groepsleider werden gezien.

Een hoge score in leiderschap bleek niet samen te vallen met een hoge score in één van de gespecialiseerde functies. Met andere woorden noch de "idea-man" noch de "best liked man" ontvingen de hoogste leiderschapsscores. Bales en Slater komen tot de conclusie dat de leiderschapsrol een niet gespecialiseerde is maar veeleer een gegeneraliseerde.

Deze rol wordt toebedeeld aan diegene die de hoogste scores wat betreft "ideas" en "being best liked" combineert. De "taakspecialist" die tevens ook de beste "emotionele specialist" is (dit kan volgens de auteurs niet gelden in omgekeerde zin), wordt geacht de beste regulator en groepsleider te zijn.

6.3.6.3. Vernieuwingsgroepen in de gezondheidszorg

Crombie beschrijft in een artikel de karakteristieken van een groep die vernieuwingen op het gebied van de gezondheidszorg tot stand wil brengen (Crombie 1973).²⁴ Hij onderscheidt binnen het groepsgedrag twee soorten "bonds": de "status bonds" die de formele vastliggende structuur in een groep bepalen en de "peer bonds", die informeel, niet vastliggend, een groot deel van de onderlinge relaties bepalen. Vervolgens vermeldt hij een aantal algemene voorwaarden voor goed functioneren voor een groep:

- a. er moet genoeg tijd zijn voor interactie tussen de leden van de groep;
- b. de diverse rollen moeten duidelijk gemaakt worden;
- c. de diverse rollen moeten voldoende samenvallen met persoonlijke doelstellingen om die rollen in een "status bond" en dus stabiele situatie te krijgen;

d. stabiel relatiepatroon waarin gezagsverhoudingen binnen de groep vastgelegd worden;

e. factoren die de groep van buiten bedreigen.

Bij de vorming van groepspraktijken in Engeland bleek dat in deze groepen die "peer bond" groepen zijn, onvoldoende roldifferentiatie mogelijk was, zodat geen "status bonds" konden worden gevormd met als resultaat instabiele groepen.

Nog gecompliceerder wordt het wanneer behalve huisartsen ook verpleegsters, assistentes, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers mee gingen doen. Er ontstonden aldus meerdere groepen in één, waarbij de artsen onderling en met de fysiotherapeuten en met de maatschappelijk werkers "peer groups" vormden en met de assistentes en de verpleegsters "status groups". Ook deze situatie wordt door Crombie als instabiel geclassificeerd met als resultaat een sterke doorstroming van teamleden.

Tenslotte beschrijft hij een tweetal modellen van groepen die zich met eerstelijns gezondheidszorg bezig kunnen houden. Hierbij wordt het begrip "servicegroep" geplaatst tegenover het begrip "vernieuwingsgroep" waarbij het eerste type een "statusbondgroep" is en het tweede een "peerbondgroep".

Vernieuwingsgroepen moeten en kunnen zorgen voor noodzakelijke vernieuwingen die dan later in een servicegroep elders kunnen worden toegepast binnen een stabiel patroon. Crombie is van mening dat een groep die vernieuwingen op een bepaald terrein tot stand heeft gebracht en die die veranderingen toe gaat passen, voor die toepassing een andere interne structuur nodig heeft. De vernieuwingsgroep, die de eigen vernieuwing in de praktijk gaat brengen en dus tot servicegroep wordt, heeft daartoe een andere structuur nodig, een structuur met meer "status bonds" die als zodanig niet de meest geschikte is om vernieuwingen te blijven creëren. In dit verslag zal getracht worden na te gaan of deze veronderstelling juist is, en of het Ommoordse team in de latere meer geformaliseerde fasen niet of minder tot vernieuwing in staat is geweest.

6.4. De indeling van de beschrijving

De verslagperiode is ondergebracht in een drietal hoofdstukken:

- "de aanloopperiode", van september 1968 tot januari 1973
- "de smeltkroes", de jaren 1973 en 1974
- "het complete beeld", het jaar 1975.

Deze drie hoofdstukken zullen verschillen vertonen. De eerste twee, en met name het eerste, zullen hoofdzakelijk beschrijvend van aard zijn. De opzet van het samenwerkingsverband staat in het eerste hoofdstuk centraal. De tweede periode vangt aan met de ingebruikneming van het gezondheidscentrum en betreft voornamelijk de teamvorming. In het derde hoofdstuk tenslotte wordt het jaar 1975 door middel van de bovenvermelde systematiek ten opzichte van de drie vragen geanalyseerd op de volgende wijze:

Van taakgericht gedrag worden beschreven:

- communicatie
- doelstellingen
- professionele aspecten
- rolaspecten
- organisatieaspecten.

De beschrijving van deze aspecten dient in de eerste plaats antwoord te geven op de eerste vraagstelling (zie pag. 14), vervolgens komt het persoonsgerichte (of relatie gerichte) gedrag aan de orde aan de hand van:

- relationele aspecten
- de individuele invulling van diverse rollen en het leiderschap.

Tenslotte zullen de relevante externe factoren beschreven worden.

Deze indeling is schematisch weergegeven in figuur III op pagina 33.

Van een aantal afzonderlijke aspecten wordt een theoretische beschouwing vooraf gegeven. Bij de nadere uitwerking zullen hier en daar ook publicaties van in deze inleiding niet vermelde auteurs worden aangehaald.

6.4.1. Communicatieaspecten van taakgericht gedrag

Over communicatie wordt gesproken wanneer een persoon (de zender) de boodschap stuurt via een bepaald kanaal aan een ander persoon (de ontvanger) met wie de zender in een bepaalde relatie staat (Bergsma 1971).⁷ Communicatie is een alom aanwezig aspect van menselijk gedrag, en betreft niet alleen overdracht van informatie maar ook overdracht van gevoelens. In de literatuur worden diverse indelingen van communicatie gebruikt:

1. bedoelde tegenover niet bedoelde communicatie.
2. formele tegenover informele communicatie.
3. schriftelijke tegenover mondelinge communicatie.

Ook wordt het begrip "ruis" geïntroduceerd. Hieronder wordt verstaan de verandering die de boodschap tijdens het overbrengen naar de ontvanger ondervindt, een storing dus. Bergsma veronderstelt dat een optimale verhouding tussen de bedoelde en niet-bedoelde communicatie (de laatste vorm van communicatie zou sterk emotioneel bepaald zijn) een minimum aan ruis oplevert. Ruis wordt bepaald door bijvoorbeeld stereotiepe beeldvorming tussen de leden van een groep. Taakgerichte communicatie heeft voornamelijk te maken met het tot stand brengen van een goed functionerend informatieuitwisselingsnet. Lamberts heeft in zijn artikel "Praten over patienten" een gedeelte van de taakgerichte communicatie van een aantal teamleden uit het Ommoordse team aan de hand van cijfers duidelijk gemaakt. Uit zijn onderzoek bleek hoe belangrijk de plaats van de communicatie over het werk voor het dagelijks gebeuren in een team is. (Lamberts 1976).⁵⁰

Communicatie in de zin van informatie-uitwisseling over het werk heeft ook een leiderschapsaspect in die zin, dat degene die over meer informatie beschikt dan de anderen, aan dat verschil macht ontleent.

6.4.2. Doelstellingen

Cartwright en Zander geven een heldere samenvatting van doelstellingsformulering in groepen (Cartwright en Zander 1968).²⁰ Daarbij komt allereerst de vraag:

— "hoe komen groepsdoelen tot stand?" aan de orde.

De leden van een groep ontwikkelen eigen doelen op grond van persoonlijke (zelfgeoriënteerde) en groepsgeoriënteerde motieven.

Persoonlijke motieven kunnen onafhankelijk zijn van het lidmaatschap van de groep (privé-doelen). De andere motievecategorie heeft te maken met het resultaat van het streven van de groep als geheel. Beide soorten motieven hebben onderlinge wisselwerking en zijn van belang voor de bijdrage van een lid van een groep aan het groepsdoel waarbij het element van de persoonlijke "investering" een onderdeel is.

Behalve via het stellen van doelen door individuen, spelen ook veranderingen in de omgeving een rol bij de formulering van het groepsdoel. Vervolgens vindt synthese van de individuele doelen tot "het groepsdoel" plaats. Bij deze synthese worden verschillende wegen bewandeld: men kan proberen alle leden aan hun trekken te laten komen of zich laten leiden door efficiëncy overwegingen.

In taakgroepen met leden die hun individuele doelen in hoofdzaak laten bepalen door groepsgeoriënteerde motieven wordt bij deze synthese voornamelijk gebruik gemaakt van cognitieve activiteiten (informatie verzamelen en uitwisselen om een beslissing over het doel te kunnen nemen). Vrijwel altijd zijn ook factoren als macht en motivatie (ook m.b.t. de persoonlijke motieven) werkzaam.

Tenslotte is de geschatte haalbaarheid en de daarmee samenhangende hoop op

succes of angst voor mislukking, het aspiratieniveau, een bepalend element bij de vorming van het groepsdoel.

In de tweede plaats staan Cartwright en Zander stil bij de relatie tussen groepsdoel en groepsactiviteiten die tot dat doel moeten leiden. Een groepsdoel kan onvoldoende geschikt zijn om de aard van de bijpassende activiteiten te bepalen. Er wordt dan gesproken van een niet operationeel doel en in het omgekeerde geval van een operationeel doel.

March e.a. constateren dat bij een niet operationeel groepsdoel een groep wel operationele subdoelen formuleert die een vermoedelijke relatie onderhouden met het hoofddoel (March en Simon 1958).⁵⁶ De mate van betrokkenheid, (het zich terugvinden in het groepsdoel van de individuele leden), bij het groepsdoel werkt meer of minder motiverend bij de groepsactiviteiten. Cohesie van een groep wordt ook bepaald door het in gelijke mate aanwezig zijn van een motiverende werking die van het groepsdoel uitgaat.

Als derde element stellen Cartwright en Zander bij doelstellingsformulering de methode van beloning achteraf (de baten) centraal.

Mary Boothroyd Brooks deed verslag van een onderzoek naar een viertal aspecten van samenwerking binnen "primary health care teams" in Engeland, te weten: rolopvatting en verwachtingen, leiderschap, communicatie en doelstellingsformulering. Het belang van doelstellingsformulering werd in het onderzoek van Brooks bij alle onderzochte teams zeer hoog geschat (Brooks 1973).¹⁷

Holten-Vriesema onderzocht diezelfde aspecten bij een vijftal Amsterdamse home-teams en kwam tot dezelfde conclusie. (Holten 1973).³⁹ Ook Lamberts onderstreept in een publicatie het gewicht wat doelstellingsformulering heeft voor elke fase van interdisciplinaire samenwerking (Lamberts 1974).⁴⁵

Het bovenstaande doet vermoeden dat het gemeenschappelijke doel of groepsdoel concreet en duidelijk voor handen is. Met name in de beginfase van groepen behoeft dat niet altijd het geval te zijn.

Deelnemers aan een pas gestarte groep komen elk met een verzameling individuele doelstellingen binnen. Voor het beginnende Ommoordse team zou bijvoorbeeld het volgende rijtje doelstellingen kunnen gelden:

1. streven naar een multidisciplinaire aanpak van met name het psychosociale aandeel in het klachtenaanbod zoals dat in de eerstelijns hulpverlening gezien wordt;
2. streven naar het doen van wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijns hulpverlening;
3. streven naar opheffing van persoonlijk isolement: het graag in een groep willen werken;
4. streven naar het veranderen van de maatschappelijke structuren die medeverantwoordelijk geacht worden voor het klachtenaanbod (sociale actie);
5. streven naar een gunstige eigen positie: vrije tijd, financiële zekerheid (dienstverband), gunstige verdeling van de werklast;
6. streven naar carrière-opbouw via deelneming aan een dergelijk team.

Het is duidelijk dat deze doelstellingen per persoon zodanig geïntegreerd zijn dat een voldoende "score" bestaat om aan de groep deel te nemen, maar het is evenzeer duidelijk dat de opbouw van het doelstellingsprofiel per deelnemer een andere is. De verschillende doelstellingen kunnen elkaar versterken maar zij kunnen ook met elkaar in strijd zijn.

Groepen beginnen gewoonlijk met ruim omschreven doelstellingen, zeker wanneer het gaat om een nieuw na te streven doel, zoals een andere hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg. Het zijn de leden van de groep die met elkaar de formulering inhoud en betekenis moeten geven, de formule wordt "ingevuld". De indi-

viduele doelstellingen zullen zich door een samenwerkingsrelatie met de andere leden van de groep gaan ontwikkelen tot een groepsdoel, waarover consensus moet bestaan.

Bij het ontstaan van het groepsdoel en de daarbij gedane keuze zijn volgens Cartwright en Zander een aantal factoren werkzaam.

Holten beschreef deze ook ten aanzien van het project "samenwerking huisartsen-maatschappelijk werker-wijkverpleegkundige" in Amsterdam (Holten 1973).³⁹

Deze factoren zijn:

- a. het verschil in kosten-baten-verhouding in de samenwerking: de een heeft er meer "voordeel" bij dan de ander.
- b. de sociale omgeving van de groep of leden van de groep bepaalt mede de doelstelling van de groep. De "achterban" van een discipline in een samenwerkingsverband zal proberen bij de doelstellingsformulering invloed uit te oefenen.
- c. het verschil in betrokkenheid van de leden van een groep. Is men minder betrokken bij het groepsfunctioneren dan zal men minder geneigd zijn privé-doelen te laten samenvallen met het groepsdoel.
- d. het schatten van de bereikbaarheid van het groepsdoel, gezien de aanwezige deskundigheid, zoals die subjectief wordt ervaren. Als het een groep niet lukt een bepaald doel te bereiken zal na verloop van tijd de doelstelling dienovereenkomstig gewijzigd worden.

Naast deze vier factoren acht Holten een vijfde van groot belang.

- e. het verschil in vermogen om de eigen doelstelling als groepsdoel op te leggen tussen leden van een groep. Het gaat hier om verschijnselen als macht, gezag en leiderschap in een groep. Beschrijven we de doelstellingsformulering in termen van macht dan heeft diegene die het best "slaat" zijn privé-doel tot groepsdoel te laten worden in dat opzicht een leidersrol. Wil men met deze optiek naar het proces van doelstellingsformulering kijken dan moet volgens Silverman gelet worden op drie dingen:

1. het oorspronkelijk formeel gestelde groepsdoel.
2. de privé-doelen van de leiders van een groep (soms verborgen).
3. het doel-gerichte gedrag van de leden van een groep. (Silverman 1970).⁷⁹

In deze paragraaf is duidelijk geworden dat doelstellingsformulering samenhangt met andere aspecten van gedrag binnen een groep. Kan men het proces van doelstellingsformulering van een groep of team over een bepaalde periode in de tijd beschrijven dan is daarmee tevens veel informatie voorhanden over de leiderschapsfuncties, communicatie en het rolgedrag binnen een groep.

6.4.3. De professionele aspecten van taakgericht gedrag

Deze aspecten zijn van groot belang wanneer bijvoorbeeld verschillende disciplines of werksoorten gaan samenwerken om een gezamenlijk doel te bereiken. Iedere werksoort claimt zijn aandeel in de taakvervulling.

Bij experimentele situaties zoals in Ommoord is die claim niet uitsluitend vanuit de traditionele achtergrond van de diverse professies bepaald, maar maakt het ook onderdeel uit van een toekomstvisie. Bij een goed verlopend proces zullen eerst zoveel mogelijk aanwezige beeldvorming (stereotypie) over het beroep van de ander verwijderd moeten worden (Lamberts 1974).⁴⁵ Daarna zullen al werkend de diverse claims van de verschillende disciplines met elkaar in harmonie gebracht moeten worden, waarbij het duidelijk is dat veranderingen binnen die claims mogelijk moeten blijven. Professionele aspecten van taakgericht gedrag binnen een groep hebben ook te maken met verschillen tussen deelnemende professies of disciplines, tenminste wanneer het gaat over een team wat samengesteld is uit meerdere disciplines.

Ris en Diederiks analyseren het interdisciplinair samenwerkingsconcept als geba-

seerd op een behoefte van hulpverleners om gezamenlijk problemen op te lossen, welke in principe niet monodisciplinair opgelost kunnen worden. Uitgaande van de situatie dat zich diverse problemen bij interdisciplinaire samenwerking kunnen voordoen, komen zij tot een indeling van die problemen.

Zij veronderstellen een verschil in discipline, door hen benoemd als een verschil in taal (Ris e.a. 1974).⁷² Dit verschil wordt beïnvloed door de mate waarin autonomie is verkregen (professionalisering) en beïnvloedt zelf op zijn beurt de communicatie, de beeldvorming en de onderlinge relaties. Volgens Ris en Diederiks worden teveel samenwerkingsproblemen relationeel genoemd, terwijl zij in wezen op verschil in discipline en dus ook op verschil in taal berusten. Noch verbetering van de onderlinge relaties noch de vorming van een nieuwe gezamenlijke multidisciplinaire theorie heffen volgens de auteurs deze interdisciplinaire verschillen op.

Een in dit verband belangrijk professioneel aspect van taakgericht gedrag binnen een groep is gelegen in de relatie van de disciplines met hun "achterban". Onder achterban wordt verstaan in het geval van het team in Ommoord de Stichting Samenwerkende Kruisverenigingen, en de Stichting Maatschappelijk werk Rotterdam, bij wie respectievelijk de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers in dienst zijn.

De verpleegkundige of maatschappelijk werker die functioneert in een eerstelijns-team dat zijn eigen doelen stelt, komt in een loyaliteits conflict. De werkgevende instelling staat de werknemer niet toe zelf de totale verantwoordelijkheid voor het geleverde werk te dragen. In dit verband is ook de relatie tussen teamleden en de diverse beroepsgroeperingen van belang.

Een hulpverlener die in een dergelijke situatie verkeert heeft een probleem wat Thelen een "membership problem" noemt (Thelen 1964).⁸²

Hij is lid van twee groepen tegelijk. Ten eerste het werkelijke team, ten tweede zijn achterban, de groep die in hem een "vested interest" heeft. Het eigen team en de instelling verwachten, in het geval van een team als dat in Ommoord, loyaliteit van de hulpverlener(s). Naast de "werkelijke" groep en de beroepsgroep kan men ook nog behoren tot andere - soms denkbeeldige - groepen. Thelen noemt in dit verband o.m. de "ideale" groep, die het ideale instrument vormt om het ideaal te bereiken en de "hangover" groep waaraan een groepslid negatieve ervaringen en gevoelens ontleent.

In de Nederlandse literatuur treffen wij het begrip dubbele loyaliteit aan in publicaties van Blom en van Es (1972), Lamberts (1974), v.d. Hout (1973), het verslag van een conferentie in 1972 over samenwerkingsvormen en het rapport "Hoe helpt de dokter?" van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) 1975.^{11 45 40 65 63} Het is zodanig verbreid dat wel gesproken wordt van een "structurele belemmering" voor samenwerking (Siegenbeek e.a. 1973).⁷⁸

Het team in Ommoord heeft, zoals zal blijken, ook in belangrijke mate met dit probleem te maken gehad.

6.4.4. Rolaspecten van taakgericht gedrag

Bales definiëert rolgedrag als volgt: het gedrag dat binnen een groep op een bepaald moment van een bepaald lid van de groep bij de betrekking tot een bepaalde taak wordt verwacht, en tot uitvoering wordt gebracht (Bales 1961).⁴

Rollen worden bepaald door de verwachtingen die men van zichzelf en van de anderen heeft.

Binnen een multidisciplinair eerstelijns team worden rollen in belangrijke mate bepaald door de discipline waartoe men behoort: de beroepsrol, en de verwachtingen die daarvan bestaan.

Verskil in discipline brengt onder andere verschillen met zich mee zoals verschillen in sociale status en verschillen in opleidingsniveau. In de tweede plaats worden rollen ook gemaakt op basis van verschillen in persoonlijkheidskenmerken zoals die

tussen mensen bestaan.

Van der Vliert bestudeerde het rolgedrag van ambtenaren binnen departementale organisaties (v.d. Vliert 1976).⁸³

Bij dit exploratieve onderzoek bleek dat er sterke aanwijzingen bestonden dat de eigen rolopvatting een grotere relatieve invloed op het rolgedrag heeft dan de veronderstelde rolverwachtingen.

Op grond hiervan schetst van der Vliert een organisatiemodel waarin het functioneren van de leden in de eerste plaats afhankelijk is van hun eigen rolopvattingen. Hij noemt dit een roldragermodel van gedragsbeïnvloeding. De geldigheid van dit model zal volgens van der Vliert moeten worden vastgesteld door onderzoek of rolopvattingen zich wijzigen onder invloed van de rolverwachtingen, of dat de rolverwachtingen zich wijzigen onder invloed van het rolgedrag op grond van de rolopvattingen.

Het eerste alternatief wijst op een "rolzender"-model, het tweede op het door van der Vliert ontwikkelde "roldragermodel".

De door van der Vliert onderzochte invloed van rolopvattingen op het rolgedrag wordt verondersteld af te nemen wanneer de roldrager lager geplaatst is in de organisatie en wanneer een directief leiderschap bestaat en bovendien de taak die verricht moet worden minder vrijheid van handelen toelaat.

Van der Vliert waarschuwt voor een al te spoedige conclusie ten aanzien van de resultaten van dit onderzoek.

Vergelijking van de situatie binnen een multidisciplinair samengesteld eerstelijns team met een afdeling op een overheidsdepartement is op zichzelf al moeilijk. Het zou echter van belang kunnen zijn dat bij pogingen tot veranderingen van het rolgedrag ook binnen een eerstelijns team, het aangrijpingspunt mogelijkserwijs de rolopvatting van de betrokkene is.

Op de actualiteit van de overwegingen van van der Vliert zal bij de uitwerking in het hoofdstuk betreffende het jaar 1975 teruggekeken worden.

6.4.5. Organisatieaspecten

Van Ravenswaay e.a. onderscheiden binnen samenwerkingsverbanden twee niveaus van organisatorische aspecten: technisch of praktisch organisatorisch niveau en structureel organisatorisch niveau (v. Ravenswaay e.a. 1973).⁶⁹

Het eerste niveau heeft te maken met afspraken over praktijkvoering, afspraken over communicatie, kortom het coördineren van de hulpverleningsvormen en afspraken over de verdeling van de teamfuncties, zoals notuleren van vergaderingen. Het tweede niveau heeft te maken met de wijze van besluitvorming binnen het team en het handhaven van controle op de wijze waarop men de doelstelling nastreeft. Het op gezette tijden aan de orde stellen van gezamenlijke doelstellingen behoort binnen het team op structureel organisatorisch niveau vastgelegd te zijn.

Het organisatorisch aspect bevat dus beleidselementen, coördinatie-elementen en administratieve elementen. Het organisatie-aspect is belangrijk bij de taakvervulling van een team, vooral wanneer door de grootte van het team dermate veel tijd besteed moest worden aan dit aspect, dat in een later stadium een aparte functionaris, de praktijkcoördinator, voor dit doel aangetrokken werd. Het is een ervaringsfeit dat samenwerken in de eerstelijns gezondheidszorg tijd- en energierovend is. Medebepalend voor deze opvatting is de beeldvorming die alleenwerkende hulpverleners hebben van het nut van de organisatorische aspecten van samenwerking tussen de hulpverleners van verschillende disciplines.

6.4.5.1. Besluitvorming

Een belangrijk organisatorisch aspect van teamsamenwerking is de *besluitvorming*. Hollander stelt dat besluitvorming in een team van eerstelijns gezondheidszorg vaak moet plaatsvinden in de vorm van consensus: met elkaar moet overeenstemming

worden bereikt (Hollander 1974).³⁸ In dit verband geeft hij een aantal mogelijkheden:

- a. harmonie: ieder heeft dezelfde doelstelling en voor de uitvoering daarvan is geen discussie nodig;
- b. coalitie: er is geen overeenstemming in doelstelling maar door discussie is voor een bepaalde tijd een goed afgesproken regeling te treffen, om te zien of nadien geen overeenstemming te bereiken valt;
- c. tegenwicht: er is wel overeenstemming in doelstelling, maar uitvoering daarvan vereist controle door groepsdiscussie;
- d. conflict: er is geen overeenstemming in doelstelling, en coalitie-afspraken kunnen niet meer worden gemaakt.

6.4.5.2. Beschrijving van organisatieaspecten in dit verslag

In het kader van dit verslag zal worden afgeweken van de indeling van van Ravenswaay.

De twee niveaus die van Ravenswaay noemt zullen worden gecombineerd onder de titel: "praktisch organisatorische aspecten".

Onder structureel organisatorische aspecten zal in dit verband worden verstaan de organisatieaspecten die verband houden met de managementstructuur van de eerstelijns gezondheidszorg zoals die bijv. wordt aangetroffen bij de diverse werkgevers.

6.4.6. Relatieaspecten en daarmee samenhangend gedrag

Onder persoonsgericht of relatiegericht gedrag wordt verstaan het totaal van het gedrag van de leden van een groep in het kader van hun onderlinge relaties. Hoe onderlinge relaties tussen de leden in een groep ontstaan, herzien worden, en opnieuw ontstaan in een proces wat niet stilstaat, is beschreven door Gibb (zie tevoren). De aspecten van het persoonsgericht gedrag van de leden van een groep die hieronder weergegeven worden, komen dan ook overeen met of zijn afgeleid van de vier onderdelen van het ontwikkelingsproces zoals Gibb dat beschreven heeft.

- a. voortdurende acceptatie blijft de belangrijke basisvoorwaarde voor een goede groepsrelatie;
- b. het relationele aspect van communicatie bestaat uit een vrije en multilaterale uitwisseling van gevoelens, zoals werd weergegeven met het begrip "data flow". Daarom behoort dit aspect van onderlinge communicatie thuis in de opsomming van de aspecten van persoonsgericht gedrag.

Zoals hierboven al werd weergegeven is harmonie van de bedoelde vaak zakelijke, en niet-bedoelde vaak emotionele, communicatie noodzakelijk. Een wanverhouding uit zich in te sterke "ruis".

- c. integratie van persoonlijke behoeften en wensen.

De mate waarin de leden van een groep elkaar toestaan om privé-doelstellingen "in te bouwen", bepaalt voor een belangrijk deel de motivatie van ieder individueel lid om aan de groep deel te nemen. De Graaf bevestigde dit in een onderzoek over een aantal "home teams" in Nederland. (De Graaf 1975).³⁴ De mate van integratie van privé-doelen in het proces van doelstellingsformulering is bepalend voor de formulering van het groepsdoel (zie paragraaf over doelstellingsformulering) en heeft ook te maken met macht en leiderschap binnen de groep. Aan de hand van de bronnen zal worden getracht om een dergelijk patroon in het team aan te geven. Een bijzondere bron zal daarbij het verslag van de externe begeleiders zijn.

6.4.7. De invulling van rollen en de leiderschapsfuncties

Allereerst zal worden nagegaan of het mogelijk is om een typering te geven van het rolgedrag van de teamleden. Op deze wijze zijn wellicht bepaalde ontwikkelingen te verklaren.

Bijzondere rolaspecten zijn die van het leiderschap.

Cartwright en Zander definiëren leiderschap als elke activiteit van één der groepsleden om één der gewenste groepsdoelen te bereiken (Cartwright en Zander 1968).²⁰

Leiderschap en groepsresultaat worden op deze manier met elkaar in verband gebracht en het vervullen van een dergelijke functie is binnen deze definitie niet aan één persoon gebonden. Leiderschap wordt aldus niet meer opgevat als een rol maar als een functie.

Voor de overzichtelijkheid volgen hier de leiderschapsaspecten die al in één van de vorige paragrafen aan de orde zijn gekomen:

1. leiderschapsaspect m.b.t. doelstellingsformulering;
2. leiderschapsaspect m.b.t. de communicatie ("informatie is macht");
3. leiderschapsaspect m.b.t. het professionele verschil (b.v. tussen de disciplines in een eerstelijns samenwerkingsverband);
4. leiderschapsaspect bij de integratie van privé-doelen in het groepsdoel door de leden van een groep.

Gibb e.a. spreken niet meer van leiderschap maar van leiderschapsfuncties die al dan niet afwisselend door verschillende leden van een groep vervuld kunnen worden. Zij beschrijven de volgende functies: (Gibb e.a. 1955)³³

- initiëren
- informeren
- reguleren
- ondersteunen
- evalueren.

Bij dit, in de ideale situatie van een groep steeds over de leden roulerende rijtje functies is minder sprake van een vastgelegd rolpatroon, aldus Gibb.

Gelijktijdige vervulling van deze vijf functies is noodzakelijk om een groep het gestelde groepsdoel te laten bereiken.

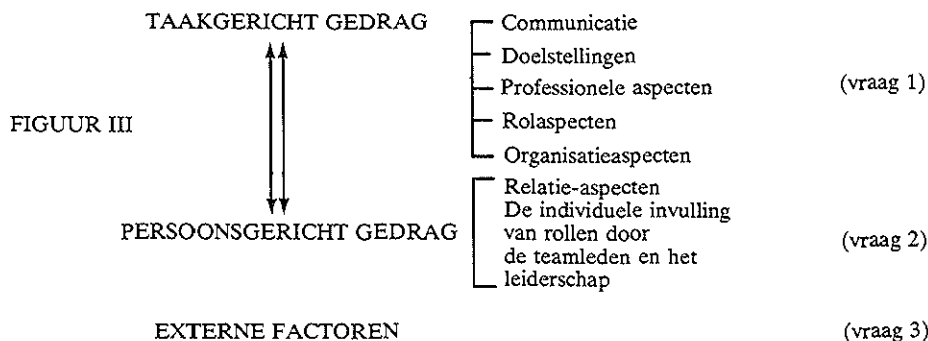
Deze opvatting over leiderschapsfuncties heeft praktische voordelen, omdat de indeling in diverse functies gedetailleerd is.

In dit verband zal tevens worden getracht diverse leiderschapsstijlen, zoals die in het team in Ommoord werden gehanteerd, te beschrijven.

6.4.8. De externe factoren

De externe factoren en de invloed die deze factoren hadden op het samenwerkingsverband worden beschreven aan de hand van de externe contacten. Hierbij komt bij de uitwerking aan de orde:

- de door het centrum verzorgde bevolking
- de hulpverleners buiten het centrum; en met name de welzijnssector
- de beroepsorganisaties en werkgevers
- onderwijsinstanties
- ondersteunende instanties, en met name de diverse niveau's van overheid.



HOOFDSTUK II

DE JAREN 1968 T/M 1972: DE OPBOUW

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een vrij lange periode beschreven.

De nadruk bij deze beschrijving ligt op de feitelijke weergave van de opbouw van het multidisciplinaire samenwerkingsverband.

De beschrijving begint op het moment van vestiging van de eerste hulpverleners in het najaar van 1968 en eindigt eind 1972 bij de ingebruikneming van het gezondheidscentrum als gezamenlijke huisvesting van de samenwerkende disciplines.

2. De wijk Ommoord

2.1. Geografische en stedenbouwkundige aspecten

De wijk Ommoord is gelegen in een gebied van ± 445 hectare polderland aan de noord-oost kant van Rotterdam.

Planologisch vormt de wijk een onderdeel van het structuurplan Rotterdam-oost - Capelle aan den IJssel. De noordelijke grens van de wijk wordt gevormd door de rivier de Rotte, in het westen ligt Hillegersberg-Terbregge, de oostgrens is nog open, terwijl de rijksweg Rotterdam-Utrecht de zuidelijke grens vormt met de wijk Prins Alexander polder.

De stedenbouwkundige opzet is voornamelijk bepaald door de wenselijkheid van samenhang tussen woningbouw en vervoer, met name het openbare vervoer (aanvankelijk de metro, later de sneltram).

In het uiteindelijke woningbestand (± 11.000) is een stringente scheiding aangebracht tussen hoogbouw en laagbouw. De hoogbouw (64% -8-14-20 lagen) is in het midden gelegen, terwijl de laagbouw (36% eengezinswoningen) daaromheen is gegroepeerd.

Van de woningbouw is 60% "woningwet", 10% vrije sector en 30% premiebouw.

Er zijn 2 wijkwinkelcentra gepland, aan de uiteinden van de lijn oost-west die door het hoogbouw gedeelte loopt.

Midden op deze lijn is een sociaal cultureel centrum ontworpen waarin het postkantoor, het wijkgebouw, het zwembad, het gezondheidscentrum en het communicatiecentrum gedacht zijn.

Door middel van 59 hectare groenvoorziening is gezorgd voor de aankleding van de nieuwe stadswijk.

2.2. Demografische aspecten

2.2.1. Bevolkingsaantallen en bevolkingsopbouw

In de onderstaande tabel is de bevolkingstoename in de periode 1968-1975 weergegeven:

1968	-	1.235
1970	-	9.818
1972	-	19.486
1975	-	27.017.

Het uiteindelijke streefgetal is ± 35.000 .

Leeftijds-opbouw per 1-1-1972 in procenten, vergeleken met die van geheel Rotterdam (gegevens ontleend aan Hakvoort 1974):³⁶

	Ommoord	Rotterdam
0- 5	12.1	7.6
6-14	14.1	12.9
15-19	5.3	7.7
20-34	27.7	22.00
35-64	27.7	35.6
65+	13.1 ¹⁾	14.2

¹⁾ uiteindelijk gepland op 20-25%

2.2.2. Herkomst en motief tot verhuizing naar Ommoord

De bevolking komt overwegend van de rechter Maasoever, (69%), terwijl de linker Maasoever en gemeenten buiten Rotterdam respectievelijk 19% en 12% leverden (Hakvoort 1974).³⁶

Als belangrijkste motieven voor verhuizing werden aangegeven: grotere woonruimte (36%), huwelijk (16%), woningverbetering (9%) en overplaatsing m.b.t. de arbeidsplaats (9%).

2.3. Enige bevolkingskarakteristieken

Ten opzichte van de totale bevolking van het Rijnmondgebied is het opleidingsniveau van de bevolking van Ommoord hoog (40% alleen lager onderwijs of lager beroepsonderwijs tegen 58% in het Rijnmondgebied).

Het inkomen ligt gemiddeld ook hoger (11% verdient minder dan f 12.000 per jaar tegen 22% in Rijnmond). Er zijn ook veel auto's: 72% in Ommoord tegen 57% in het totale Rijnmondgebied.

Over de in de wijk aanwezige voorzieningen van diverse aard is de bevolking meer tevreden dan de Rijnmonders elders.

Men voelt zich betrokken bij het wijkgebeuren en ervaart minder machteloosheid. (gegevens ontleend aan het Geïntegreerd Milieu Onderzoek verricht door de Gezondheidsorganisatie TNO in opdracht van het Openbaar Lichaam Rijnmond, 1974).³¹

3. De bronnen die voor deze periode gebruikt zijn

Bij het inventariseren van het bronnenmateriaal dat betrekking heeft op de periode 1968 t/m 1972 bleek dit materiaal allerm minst compleet, en heterogeen van samenstelling. Het aanwezige materiaal kan als volgt worden ingedeeld:

- Correspondentie en overeenkomsten tussen de huisartsen enerzijds en de (toen nog niet gefuseerde) kruisverenigingen en de Raad voor Maatschappelijk Welzijn, betreffende de doelen en de organisatie van de toekomstige multidisciplinaire samenwerking.
- De besluitenlijsten en de vergaderverslagen van de huisartsengroep. Het eerste verslag uit deze categorie is gedateerd op 7 juli 1971.
- Het verslag van maatschappelijk-werker J. op 't Root: "Een beschrijving van de voorbereiding en van vier jaar samenwerking in een project van gecoördineerde eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam Ommoord".⁶⁷ Dit is in het kader van

deze beschrijving een bijzondere bron. Hierop wordt nader ingegaan in de paragraaf over het maatschappelijk werk. Opgemerkt zij dat ook hier geldt dat een bron niet volledig juist behoeft te zijn en dat eventuele onjuistheden daarvan in dit verslag kunnen doorwerken, vooral omdat niet op alle aspecten dezelfde intersubjectieve beoordeling binnen het team plaats heeft kunnen vinden, zoals die t.a.v. dit verslag wel plaats vond.

- d. Een verslag van de samenwerking in het team, toegespitst op, en namens de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden en weergegeven door de toenmalige hoofdwijkverpleegkundige.
Hoewel in mindere mate, betreft het ook hier een niet in zijn totaliteit door het team gecontroleerde verslaglegging.
- e. De eerste publicaties vanuit het team.
Voor de publicaties vanuit het team heeft gedurende beginjaren gegolden dat de tekst voor publicatie door de huisartsengroep en de eventuele andere disciplines werd besproken en zonodig gewijzigd. Na 1972 heeft steeds plenaire bespreking plaatsgevonden, tenzij het onderwerp daarvoor te disciplinegebonden geacht werd.
- f. De interne verslaggeving.
Deze verslaggeving betrof behalve de al vermelde verslagen van de vergaderingen van de huisartsengroep en de in de andere rubrieken ondergebrachte schriftelijke activiteiten voornamelijk de verslagen van de eerste kernteamvergaderingen aan het eind van 1972.
- g. De verslagen van de bijeenkomsten van het contact van functionarissen die werden gehouden in de jaren 1968 t/m 1972.

De geraadpleegde bronnen geven een fragmentarisch maar wel een reëel beeld van de periode van oprichting van het samenwerkingsverband en van de inhoudelijke opbouw. Ten aanzien van de driedelige vraagstelling in het eerste hoofdstuk heeft dat de volgende consequenties:

- ten aanzien van de eerste vraag is een vrij volledige beantwoording mogelijk, zij het dat het antwoord te veel betrekking heeft op de samenwerking tussen huisartsen enerzijds en elk der andere disciplines anderzijds.
- ten aanzien van de tweede vraag is uit de bronnen duidelijk geworden dat vooral waar het relationele aspecten van de samenwerking betreft, deze aspecten, eventuele problemen en oplossingen daarvoor, alleen binnen de huisartsengroep aangetroffen worden. Dit betekent uiteraard niet dat in andere disciplinaire subgroepen deze aspecten geen rol speelden, maar slechts dat de onderlinge communicatie tussen de disciplines waarvan de bronnen een weerslag vormen, zodanig geaard was dat relationele aspecten niet of zeer ten dele vermeld werden. In de huisartsengroep zijn medio 1971 problemen gerezen van relationele aard, waarvoor een teambegeleider werd aangetrokken. In de huisartsengroep kwam ook het initiatief naar voren om het volledige team na het betrekken van het gezondheidscentrum te laten begeleiden.
- ten aanzien van vraag 3 kan worden gezegd dat ook hier het aangrijpingspunt van externe relaties en de daarmee gepaard gaande externe beïnvloedende factoren bij de huisartsendiscipline lag. Belangrijke uitzondering hierop is het contact van functionarissen in Ommoord wat in deze periode zijn grootste bloei doormaakte.

4. Enkele feitelijke gegevens

Omdat het in dit hoofdstuk de opbouwperiode betreft zullen eerst per discipline een aantal feitelijke gegevens worden vermeld. Deze gegevens hebben ook betrekking op de periode na 1972.

De huisartsen

huisarts	datum vestiging:
H. Lamberts	september 1968
F. Riphagen	april 1969
F. Bakker	november 1969
F. Braams	juni 1970
M. Schulten	mei 1971
J. v.d. Schoot	januari 1972

Lamberts en Riphagen, Braams en Bakker en Schulten en v.d. Schoot oefenden in tweetallen hun praktijk uit in een gezamenlijke ruimte.

Het maatschappelijk werk

De eerste maatschappelijk-werker in het samenwerkingsverband in Ommoord was J. op 't Root die van 1968 tot eind 1972 deelnam.

A. Meyboom kwam in juli 1970 en bleef tot oktober 1975.

In januari 1973 kwamen F. Keller en A. Bongaarts, waarvan de eerste eind 1974 vertrok en de tweede tot september 1977 zou blijven.

De fysiotherapie

N. Buyten was de eerste fysiotherapeut. Hij kwam in september 1968 in de wijk wonen en werken. Nadat hij een aantal parttime medewerkers in de jaren 1970 t/m 1972 in dienst had genomen kwamen in juli 1973 en in oktober 1973 respectievelijk H. in 't Veld en A. Monteny bij het team. In april 1975 tenslotte kwam de 4e fysiotherapeut R. v.d. Hoogen in het centrum werken.

De verloskundigen

R. Visman werkte al als verloskundige in de wijk Alexanderpolder en ging in 1969 binnen het kader van het samenwerkingsverband Ommoord in haar werkgebied betrekken. De tweede verloskundige, J. Hordijk, werkte van 1971 tot 1975 met haar samen.

De doktersassistentes

Nadat de echtgenotes van de huisartsen Lamberts, Riphagen, Bakker en Braams tot 1971 als full-time praktijkassistente hadden gefungeerd, kwam medio 1971 de eerste, voorlopig half-time, doktersassistente in dienst van Lamberts en Riphagen. Braams en Bakker hadden in hun praktijkwoning in een ander deel van de wijk in de periode die vooraf ging aan de opening van het centrum niet minder dan drie assistentes, waarvan de laatste "meeverhuisde" naar het centrum. Ditzelfde gold voor de assistente die de vrouwelijke huisartsen Marijke Schulten en Jeanne v.d. Schoot in hun praktijkruimte in de parterre van een serviceflat voor bejaarden, in dienst namen.

De wijkverpleegkundigen

De bezetting van deze discipline heeft gedurende de hele geschiedenis van het samenwerkingsverband sterk gewisseld. Het bleek bij de nasporingen, dat het moeilijk was om de exacte persoonsgegevens aangaande het totale personeelsbestand bij de wijkverpleging in de afgelopen jaren vast te stellen. Slechts een aantal namen van wijkverpleegkundigen zal daarom, waar relevant, in dit verslag voorkomen.

5. De samenwerking binnen de huisartsengroep

5.1. Doelstellingen

Al bij de eerste gesprekken tussen Lamberts en Bakker, later versterkt met Riphagen, heeft de samenwerkingsvorm van de groepspraktijk vooropgestaan als eerste keuze, en ook als eerste stap in de richting van een echte multidisciplinaire samenwerking. De eerste onderlinge afspraken over doelstellingen hebben dan ook betrekking op de onderlinge samenwerking en het functioneren als huisarts. Men wilde streven naar een integrale hulpverlening voor patient en gezin in de directe woonomgeving, voorlopig in het verband van een groepspraktijk, die in de toekomst zou moeten uitgroeien tot een multidisciplinair team.

De nadruk bij de hulpverlening zou vanaf het begin komen te liggen op de leefproblemen zoals die op het spreekuur van de huisarts werden aangeboden. Bakker formuleerde in een publicatie een aantal benaderingswijzen om de huisartsgeneeskunde te ontwikkelen door middel van samenwerking (Bakker 1971):³

1. een logistieke benadering met de nadruk op coördinatie en praktische organisatie.
2. de integrale benadering van eerstelijns problemen, die voornamelijk een verbreding van het draagvlak voor psychosociale hulpverlening in moest houden.
3. de klinische aanpak waaronder verstaan werd de vergroting van de ziektekundige "skill" van de huisarts.
4. het aangaan van samenwerkingsrelaties met andere disciplines.

Combinatie van de tweede en de vierde benaderingswijze heeft in Ommoord de voorkeur gekregen en is de oorzaak van het feit dat de multidisciplinaire samenwerking zich heeft geconcentreerd rond de psychosociale - of zoals deze later genoemd werden - de leefproblemen.

5.2. De praktijkvoering

De werkwijze diende voor zover deze het specifieke huisartsenstuk betrof, uniform te zijn en was dan ook onderwerp van regelmatige discussie.

De eerste afspraak die gemaakt werd, betrof het afspraakspreekuur waarvoor de patienten, zoveel mogelijk de dag van te voren, een afspraak moesten maken. Op grond hiervan en het feit dat geen enkele huisarts patienten buiten de wijk Ommoord zou aannemen, werd ook besloten het aantal huisbezoeken zoveel mogelijk te beperken en te proberen zoveel mogelijk patienten op het spreekuur te behandelen. Bovendien werd een gedragslijn gekozen waarbij gepoogd zou worden minder ernstige ziekten en klachten of verschijnselen zoals ongecompliceerde kinderziekten, in eerste instantie door de patienten of de huisgenoten "in eigen beheer" te laten behandelen.

Deze twee principes zijn de oorzaak geweest van veel wrijving en soms conflicten tussen de huisartsen en de patienten. Nog jaren later bleek bij het ITOBA-onderzoek en bij de besprekingen met de projectgroep welzijnsbeleid, dat diegenen die het functioneren van het samenwerkingsverband als geheel negatief beoordeelden, dikwijls tot dit oordeel kwamen doordat men van mening was dat "de dokters nooit kwamen".

Een ander aspect van de praktijkvoering was de onderlinge waarneming in vakanties, weekenden en die perioden van de dag waarop de diverse artsen zich noodgedwongen wijdden aan hun voor de aanloop noodzakelijke overbruggingsactiviteiten. Alle huisartsen werkten tot aan 1973 voor eigen rekening.

In 1973 en 1974 traden zij op als maatschap. Regelmatige besprekingen werden gewijd aan de bepaling van de inhoud van het huisartsgeneeskundig werk. Als voorbereiding werd met name door Lamberts, de initiatiefnemer, aan de zich bij de groep voegende jonge artsen een pakket literatuur aanbevolen ter lezing. Dit pakket

bestond uit een aantal rapporten o.a. dat van de commissie Muntendam, en de tot dan toe verschenen jaargangen van het maandblad Huisarts en Wetenschap. De eerste concrete inhoudelijke afspraak was die met de apotheker, betreffende het opzetten en aanpassen van een standaardreceptuur. Ook de selectie van specialisten en ziekenhuizen waarmee zou worden samengewerkt is in die beginjaren in feite al definitief gemaakt.

In de bronnen die betrekking hebben op de jaren 1968, 1969 en 1970 kan worden gezien dat een aantal doelen is geformuleerd met betrekking tot andere belangrijke onderdelen van de taak die de huisartsen zich hadden gesteld:

- die doelen die betrekking hadden op het tot stand brengen van de interdisciplinaire samenwerking.
- die doelen die te maken hebben met het doen van onderzoek en ontwikkelingswerk om het experiment verder vorm te geven en om de effecten van de samenwerking na te gaan.

In deze formulering zijn de niveaus van functioneren van de teamleden al te herkennen, zoals die ook naderhand gehanteerd zouden worden:

- het uitvoerende werk als professioneel hulpverlener (specifiek).
- samenwerking met hulpverleners van andere disciplines.
- de ontwikkeling en evaluatie van de hulpverlening.

5.3. Onderzoeksactiviteiten

Binnen de laatste categorie heeft vanaf het begin het wetenschappelijk onderzoek een belangrijke plaats ingenomen.

In de eerste drie jaren van de samenwerking in de groepspraktijk heeft Lamberts het initiatief genomen tot een aantal onderzoeken waarbij in elk afzonderlijk onderzoek een aspect van de samenwerking belicht werd. Bakker heeft dit voorbeeld aanvankelijk gevolgd in een andere sector doordat hij als studentenarts een onderzoek startte onder de studenten-populatie die aan zijn zorgen was toevertrouwd. Braams heeft in deze periode contacten gelegd met de hoogleraar cardiologie van de rijksuniversiteit in Utrecht betreffende een gecombineerd onderzoek naar effect en rendement van het per telefoon op afstand laten beoordelen van electrocardiogrammen. Evenals het onderzoek van Bakker, is ook dit onderzoek niet verder gekomen dan een voorbereidend stadium. Voornamelijk op instigatie van Lamberts is Marijke Schulten begonnen met de opzet van een onderzoek in het kader van samenwerking met de Gemeenschappelijke Medische Dienst (S.M.D.) met als onderwerp de samenwerking tussen huisarts en verzekeringsgeneeskundige met name in gevallen waarbij leefproblemen oorzaak waren van langdurig ziekteverzuim. Riphagen nam samen met Lamberts deel aan het evaluatieonderzoek naar de samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut.

5.3.1. De morbiditeitsanalyse 1972

In 1970 en 1971 werd de basis gelegd voor de morbiditeitsanalyse die verricht werd in het jaar 1972 door de huisartsen Lamberts, Riphagen, Bakker en Braams. Dit onderzoek is verricht als tegenprestatie voor het exploitatiesubsidie dat gedurende de eerste 5 jaar van het samenwerkingsverband door het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan het experiment in de samenwerking in de eerste lijn werd verleend. Opzet, uitwerking en publicatie hiervan (in 1974) is door Lamberts gerealiseerd.⁴⁶

Dit onderzoek heeft een belangrijke basis gelegd voor het wetenschappelijk onderzoek in een latere fase.

Het leverde gegevens over patientenpopulatie, de aard van de door deze populatie aangeboden problematiek, de werkwijze van de afzonderlijke huisartsen en een aantal verschillen daarin.

Het aandeel in de totale vraag van leefproblematiek in Ommoord (18%) vormde een ander belangrijk onderzoeksresultaat.

5.4. Andere nevendoelen

Een ander nevendoel betrof ontwikkelingswerk door middel van deelname aan activiteiten van beroepsorganisaties. Bakker is als zodanig binnen het kader van het N.H.G.-centrum Rotterdam betrokken geweest bij de oprichting van de Stichting Huisartsgeneeskunde, die zich zou gaan richten op de relatie tussen het Universitaire Huisartsinstituut in oprichting en de huisartsen die als opleiders aan dit instituut verbonden zouden worden.

Braams nam deel aan de landelijke werkgroep consultatie en Riphagen ging in 1971 deelnemen aan het werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap m.b.t. gezondheidscentra.

Een ander belangrijk nevendoel in het kader van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde was het deelnemen aan het onderwijs in de huisartsgeneeskunde zoals dat op stapel stond aan de medische faculteit in Rotterdam.

5.5. De onderlinge contacten binnen de huisartsengroep

Het overleg tussen de huisartsen in de periode 1966 tot 1968 was uitsluitend informeel van aard en had betrekking op de selectie van nieuwe toekomstige leden van de groepspraktijk, met name Riphagen en Braams, en op overlegsituaties met de gemeente Rotterdam (ondermeer de afdeling volkshuisvesting voor het verkrijgen van praktijkruimte, de G.G. en G.D., en de ziekenfondsen), en de instellingen voor maatschappelijk werk en kruisverenigingen. Uit de laatstgenoemde gesprekken zijn de voor de samenwerking belangrijke schriftelijke vastgelegde afspraken voortgekomen.

De begindatum van de wekelijkse vergaderingen van de groepspraktijk was bij het onderzoek niet meer terug te vinden, maar zeer waarschijnlijk is dit in de tweede helft van 1970 geweest.

Voor die tijd vormde het feit dat Lamberts, Riphagen en Bakker naast elkaar woonden voldoende waarborg voor informatie, overdracht en overleg. De vestiging van Braams medio 1970 maakte aan dit communicatiepatroon maar gedeeltelijk een einde. De positie van Braams was op grond van het feit dat hij elders woonde dan ook in deze fase een andere, en dit zou consequenties hebben in de relationele sfeer. De eerste schriftelijke verslaglegging van datgene wat in de groep werd besproken en besloten dateert van 7 juli 1971.

In totaal werd van acht vergaderingen in hetzelfde jaar na die datum een verslag of een besluitenlijst gemaakt. De besproken onderwerpen laten zich gemakkelijk indelen overeenkomstig de doelstellingen:

- praktische en organisatorische: voorbereiding voor de vestiging van de huisartsen Schulten en van der Schoot, dienst- en vakantieregelingen, samenwerking met de praktijkassistenten.
- de samenwerking: het verplaatsen van de klinische verloskundige activiteiten van het ene ziekenhuis in Rotterdam naar een ander, financiële problemen van de maatschappelijk werkers, het begin van de integratie van de kruisverenigingen, de nieuwe contactpersoon van de instelling van maatschappelijk werk.
- ontwikkeling en onderzoek: deelname aan diverse commissies en voorbereiding van de morbiditeitsanalyse, het onderzoek ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde.

Een nieuw aspect komt tevens voor het eerst naar voren: wrijvingen en communicatiestoringen binnen de groep en problemen bij huisarts Henk Lamberts met zijn eigen rol.

5.6. Professionele aspecten en visies op hulpverlening door huisartsen

De nog niet lang geleden voltooide opleiding en de ideeën over de hulpverlening bij de huisartsen bepaalden in sterke mate de beroepsopvattingen. Enerzijds maakt Lamberts er geen geheim van dat de toekomstige leden van de groep in de eerste plaats goed en zonder vertraging gestudeerd dienden te hebben en in de tweede plaats duidelijk gemotiveerd moesten zijn om huisarts te worden, anderzijds moesten kandidaten kennisnemen van een stuk historie en ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

In diverse stukken waren de standpunten van gemeentebestuur en beroepsorganisaties in Rotterdam vastgelegd. Voor de landelijke ontwikkeling kon men terecht bij de eerste jaargangen van Huisarts en Wetenschap en andere publicaties zoals het "Woudschotenrapport" van het Nederlands Huisartsengenootschap (N.H.G. 1957).⁶²

Een volgende fase bestond uit onderlinge gesprekken, voornamelijk gevoerd tussen Lamberts, Bakker en Riphagen die het doel hadden een gemeenschappelijk uitgangspunt te bereiken.

Gezien de niet al te scherp omschreven doelstellingen van die periode: eerstelijns hulpverlening in de vorm van een groepspraktijk en in samenwerking met andere disciplines, met het accent op het opsporen en oplossen van psychosociale problematiek, en het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde moest men het over een aantal voorwaarden eens worden:

- De aanstaande huisartsen moesten het belang van psychosociale problematiek in de eerste lijn onderkennen en daar ook naar handelen.
- De participanten moesten streven naar samenwerking met elkaar en met andere disciplines. Dit hield in dat er bereidheid moest zijn om het eigen werk bloot te stellen aan kritiek van andere leden van de groep. Bovendien zou dit ook gaan gelden t.o.v. de hulpverleners van de andere disciplines.
- Verschuivingen van de grenzen tussen de diverse professionele taakgebieden moesten waar nodig geoordeeld, worden doorgevoerd.
- De groep moest naar buiten toe zoveel mogelijk een eenheid vormen.
- De leden van de groep moesten uitzien naar een eigen activiteit die met de ontwikkeling van het beroep in het kader van de samenwerking verband zou moeten houden. Hierbij werd vooral gedacht aan wetenschappelijk onderzoek, of participatie in beroepsverenigingsverband.

Bij het werven van de vijfde en zesde huisarts, Marijke Schulten en Jeanne van der Schoot, is dit vormende "werk" en het formuleren van voorwaarden in veel mindere mate gebeurd. De markt voor groepspraktijken op dat moment is daar zonder twijfel mede debet aan geweest.

5.7. Taakverdeling en ontwikkeling van herkenbare rollen

Ten aanzien van de taken zijn binnen de huisartsgroep in deze periode aanvankelijk twee rollen duidelijk ontwikkeld, die van Henk Lamberts als initiatiefnemer en die van Bakker als "coming man". De eerstgenoemde profileerde zich duidelijk als informeel leider door zijn initiatieven, besluitvaardigheid en veelvuldige externe contacten. De twee daaropvolgende partners Riphagen en Braams waren in dit opzicht meer afwachtend en ontwikkelden zich pas in een later stadium. Braams deed dat als eerste toen hij in 1971 aandrong op een andere taakverdeling binnen de huisartsgroep en door zijn bemoeienis met de electrocardiografie. Hij claimde daarbij een eigen aandeel in de gezamenlijke activiteiten. Riphagen deed er langer over en werd pas actiever toen de voorbereiding van de verhuizing naar het gezondheidscentrum vastere vormen begon aan te nemen, en hij zich bezig ging houden met de personeelsadministratie en de inventaris.

Van een differentiatie in bovenvermelde zin, hoe vaag ook, kan ten aanzien van

Marijke Schulten en Jeanne van der Schoot in deze periode nog niet worden gesproken.

5.8. De primaire organisatie

Zoals al eerder is weergegeven werd in de beginjaren veel aandacht besteed aan de organisatie van de samenwerking onderling, en de samenwerking met de andere disciplines. De verslagen van de groepsvergaderingen geven tot medio 1972 bijna uitsluitend informatie over praktische en structurele organisatorische aspecten van het werk.

Vanaf de start in september 1968 heeft de groep veel energie en tijd gestoken in het tot stand brengen van een goede organisatie in de vorm van uniforme praktijkvoering en goede waarneemafspraken. De nadruk op organisatieaspecten had ook een "externe" bedoeling, zoals op 't Root opmerkt: "het geschreven materiaal heeft vooral gediend ter ondersteuning van subsidie-aanvragen en als verzoek om een zekere "support" voor het project. Vandaar dat in het geschreven materiaal het samenwerkingsbeginsel wat ondergeschikt lijkt aan het organisatiebeginsel. Het zij zo" (Op 't Root 1973).⁶⁷

Dat reclame- en lobby aspecten een rol meespeelden is ongetwijfeld juist en zeer op zijn plaats geweest. Dat daarbij die indruk werd gewekt die op 't Root weergeeft, werd door de groep als eenzijdig ervaren.

De uitgangspunten voor de samenwerking met de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers waren al voor 1968 op schrift gesteld. Ook de vermeldingen die op deze disciplines betrekking hebben, betreffen organisatieaspecten. Vroege vermeldingen van de samenwerking met de fysiotherapeut en de verloskundige komen niet voor (d.w.z. niet vóór 1972, ook niet in de vorm van vastgelegde praktische afspraken).

5.8.1. De praktijkorganisatie

Het afspraakspreekuur en de afspraken binnen de groep over receptuur en verwijspcedures hebben veel overleg gevraagd. Bij de dagelijkse praktijkvoering hadden de echtgenotes tot midden 1971 een belangrijke uitvoerende rol. Zij maakten de afspraken voor het spreekuur voor de volgende dag. Dit gebeurde meestal tussen 4 en 6 uur 's middags, een tijdstip waarop in een gezin met jonge kinderen over het algemeen ook nogal wat huiselijke taken te vervullen zijn.

Ook beoordeelden de echtgenotes de aanvragen voor huisvisites, waarbij ze nogal eens agressief benaderd werden door sommige patiënten, die het regime van beperking van huisbezoek waar mogelijk, niet accepteerden. Hoewel deze taak niet altijd even gemakkelijk was, hebben de echtgenotes tot de ingebruikneming van het centrum geheel of gedeeltelijk de assistenterol vervuld.

Later ontstond het idee om de echtgenotes van de huisartsen, en wel bij toerbeurt, de coördinatie en het toezicht op de praktijkvoering en het werk van de assistentes te laten verrichten. Dit is niet gebeurd en alleen Marjo Lamberts de latere praktijkcoördinator heeft overeenkomstig dit oude idee aanvankelijk gewerkt. Naderhand is deze coördinerende functie zich buiten de grenzen van de groepspraktijk gaan uitbreiden.

5.9. De ontwikkeling van de samenwerking en de onderlinge verhoudingen

Wat betreft deze aspecten zijn m.b.t. de jaren 1968 tot en met 1972 zeer weinig gegevens in de bronnen te vinden. Vermeldingen die daarmee te maken hebben komen deels voort uit de periode van voorbereiding, dus de jaren 1966 tot en met 1968 en n.a.v. de gebeurtenissen in 1971.

Een aantal voorlopige voorwaarden voor goede onderlinge verhoudingen in de groep huisartsen werd geformuleerd door Lamberts die zich daarbij baseerde op

ervaringen van elders en met name van gezondheidscentra in Engeland. Deze voorwaarden waren:

- de leden van de groep moesten elkaar goed kennen
 - de leeftijden moesten ongeveer gelijk zijn
 - het aantal leden van de groep zou bij voorkeur de vijf niet te boven gaan
 - de inkomsten zouden "gepooled" moeten worden
 - men moest positief en actief ingesteld zijn ten opzichte van de gezamenlijke taak.
- De eerste vier leden van de groep kenden elkaar goed en er was veel informeel contact. De leeftijden van de vier eerste huisartsen lagen dicht bij elkaar. Pas in 1973 is men overgegaan tot het "poolen" van de inkomsten. De onderlinge verhoudingen voldeden zodoende wat betreft deze vier aspecten wel aan de gestelde voorwaarden. Geheel anders lag dit ten aanzien van de vijfde en zesde partner. Van elkaar goed kennen, op basis van langdurig informeel contact zowel sociaal als ten opzichte van het werk, was geen sprake en de betrokkenheid ten aanzien van het gezamenlijke doel was ook minder. De beide nieuwkomers hebben de aansluiting ook niet op een later tijdstip gekregen en evenmin is de latere agogische begeleiding voor de huisartsengroep in dit opzicht voldoende vruchtbaar gebleken. De cesuur in de groep is blijven bestaan. Naderhand zou blijken dat de nieuwe partners ook moeite hadden met de professionele aansluiting. Een monocausaal verband tussen beide factoren valt moeilijk aan te nemen, maar alle leden van de groep veronderstelden wel enig verband in dit opzicht.

5.9.1. Rolpatronen in de groep

In de serie gesprekken over de onderlinge verhoudingen binnen de toekomstige groepspraktijk heeft ook een onderhoud plaatsgevonden met de hoogleraar in de Psychiatrie in Rotterdam. Toen hem door Lamberts en Bakker de vraag werd voorgelegd of het zinvol was met de andere huisartsen een Balintgroep te gaan vormen antwoordde hij ontkennend. Deze vorm van overleg, waarbij het ter discussie stellen van de eigen persoon en het persoonlijk functioneren noodzakelijk was, achtte hij voor deze groep bedreigend.

Hij adviseerde voorlopig tot een onderlinge taakverdeling waarbij ieder aan zijn trekken behoorde te komen.

In 1971 nam Braams het initiatief tot het vastleggen van afspraken over de onderlinge werkverdeling binnen de groepspraktijk. Daaraan lag ten grondslag een groeiende onvrede bij hemzelf over zijn positie in de groep. Hij voelde zich geïsoleerd, wat geaccentueerd werd door het feit dat hij apart van de overige drie woonde. De communicatiestructuur was volgens hem daar ook op afgestemd, hoewel onbedoeld, en naar hij veronderstelde werd zijn inbreng niet op de juiste waarde geschat. Hij stelde dit aan de orde, waarbij bleek dat de groep dit bezwaar erkende en het voorstel van zijn kant om een deel van het probleem op te lossen door een vaste taakverdeling, overnam.

5.9.2. Taakverdeling

Dit besluit resulteerde in een delegatielijst waarbij zowel interne als externe taken verdeeld werden. Braams werd voorzitter van de huisartsenvergaderingen, er zouden regelmatig notulen worden gemaakt. Binnen het kader van de delegatieafspraken werd Braams contactman voor de discipline maatschappelijk werk en voor de discipline verloskunde, terwijl Riphagen deze functie ten opzichte van de fysiotherapie moest vervullen. Bakker ging hetzelfde doen ten aanzien van de wijkverpleegkundigen, terwijl ook de externe contacten verdeeld werden: Henk Lamberts bleef op "politieke zaken", Frans Bakker deed "de wijk" en de contacten met de sociale psychiatrie.

Marijke Schulten kreeg de samenwerking met de apotheker en de verzekeringsge-

neeskunde, terwijl Frits Riphagen de contacten met het Nederlands Huisartsen Genootschap, als vertegenwoordiger van de beroepsgroep zou behartigen.

5.9.3. Hulp van buiten - agogische begeleiding

In het vervolg op de discussie over de taakverdeling bracht Lamberts bezwaren te berde die samenhangen met de onderlinge verhoudingen binnen de groep. Deze bezwaren beruisten op een ander aspect van hetzelfde probleem: de eenzijdige verdeling van het initiatief binnen de groep.

Initiatieven kwamen vrijwel uitsluitend van hemzelf af waarbij opviel dat ook beslissing en uitvoering zeer vaak aan hem werden overgelaten. Zodoende werd hij verstoken van terugkoppeling uit de groep. Een stereotyp patroon ontstond aldus: Lamberts nam initiatief, de overigen onthielden zich van actie, wat tegelijkertijd zowel makkelijk voor hen was, als mogelijkheden tot ontevredenheid bood.

Op grond daarvan pleitte Lamberts voor het aantrekken van externe agogische begeleiding. Deze begeleiding is tot stand gekomen en startte toen ook Marijke Schulten en Jeanne v.d. Schoot zich bij de groep hadden gevoegd. Hij proces van de begeleiding die gegeven werd door A. Hazewinkel, duurde van eind 1971 tot begin 1973.

In het kader van de paragraaf betreffende relatieaspecten als onderdeel van het hoofdstuk over het jaar 1975 wordt op de begeleiding nader ingegaan (zie pagina 124).

5.9.4. Voorlopige roltyperingen

De communicatiestructuur binnen de groep kende twee verdichtingen die overeenkwamen met de concentratie van leiderschapsfuncties in die periode en wel bij Henk Lamberts en Frans Bakker. Privédoelen zijn in de beginfase niet of nauwelijks van belang geweest in het onderlinge relatiepatroon. Daarvoor zijn meerdere redenen: De beginnende huisartsen hadden allemaal overbruggingsactiviteiten en hadden niet of nauwelijks de gelegenheid om eigen ideeën te ontwikkelen binnen het kader van de multidisciplinaire samenwerking in ruimere zin. Lamberts was verder in zijn ontwikkeling wat dat betreft doordat hij zijn dissertatie al had voltooid en een aantal jaren intensief deelnam aan het politieke leven in Rotterdam als lid van de gemeenteraad. Ook legde hij in deze fase de basis voor het eerste grote onderzoek waarin de vier "oudste" huisartsen als collectief deelnamen: de morbiditeitsregistratie 1972. Het grote aantal publicaties van de hand van Lamberts uit deze jaren geeft een juiste indruk over het verschil in de individuele professionele ontwikkeling tussen de leden van de groepspraktijk.

6. De samenwerking met andere disciplines

6.1. Inleiding

Het schema van figuur III is voor dit hoofdstuk wel bruikbaar, maar met die beperking dat de aangegeven categorieën overeenkomstig de werkelijkheid van toen, behalve op de intradisciplinaire aspecten, veelal slaan op de samenwerking tussen huisartsen en één van de afzonderlijke andere disciplines. Dit radspaak of wielpatroon zal dan ook in dit hoofdstuk een aantal malen naar voren komen. Waar mogelijk zal ook wel worden getracht de diverse aspecten van de samenwerking zoals die in figuur III worden weergegeven, in een ontwikkeling naar de toestand in de latere jaren toe, te beschrijven.

6.2. De samenwerking met het maatschappelijk werk

Een van de eerste "externe" bronnen was het verslag van J. op 't Root met de titel "Een beschrijving van de voorbereiding en van vier jaar samenwerking in het project van gecoördineerde eerstelijns samenwerking in Rotterdam Ommoord"

(Op 't Root 1973).⁶⁷ Zoals al eerder vermeld, neemt dit verslag een bijzondere plaats in het bronnenmateriaal in, omdat de opzet in de eerste jaren (t/m 1972) van het samenwerkingsverband voorzover het ging om huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk-werkers in de context van de opbouw van de wijk Ommoord, aan de orde wordt gesteld. Bovendien werd door middel van een eenvoudige vragenlijst een aantal meningen door op 't Root gepeild bij de deelnemers van het moment betreffende proces, structuur en teamfunctioneren.

Dit verslag is daarom voor deze periode van bijzonder belang en met name in deze paragraaf, omdat hier de maatschappelijk werker van het "eerste uur" aan het woord is.

De start lag bij het overleg dat Lamberts voerde met een commissie van de Rotterdamse Raad voor Maatschappelijk Welzijn. Dit overleg leidde tot twee voornemens:

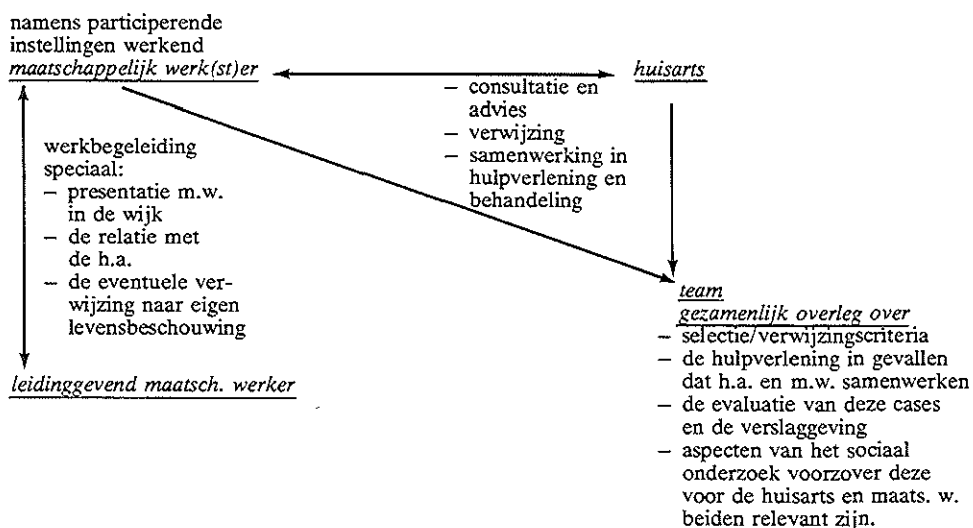
- in Ommoord zou een samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk en de groepspraktijk van huisartsen plaatsvinden
- het zou hierbij gaan om een project van gezamenlijke presentatie van de diverse instellingen voor maatschappelijk werk die in Rotterdam werkzaam waren.

6.2.1. Uitgangspunten

De uitgangspunten werden als volgt geformuleerd:

- "Dat de maatschappelijk werker en de huisarts ieder een eigen verantwoordelijkheid hebben;
- dat de maatschappelijk-werker de relatie met de huisartsen nauwlettend zal hanteren, hierbij rekening houdend met de benadering van de patient/klient vanuit de medische discipline en die vanuit de maatschappelijk-werk discipline;
- dat, indien gewenst, dit o.m. ter beoordeling van de participerende instellingen en de aan te wijzen leidinggevend maatschappelijk-werker, een team bestaande uit vertegenwoordigers van de disciplines maatschappelijk-werk en gezondheidszorg (huisartsen) geformuleerd zou kunnen worden;
- dat de leidinggevend maatschappelijk-werker de directe werkbegeleiding zal geven aan de maatschappelijk-werker volgens de daartoe algemeen geldende opvattingen en
- dat hij tevens eventuele vragen met betrekking tot het beleid zal formuleren en deze zal inbrengen bij de participerende instellingen".

De werkwijze werd als volgt schematisch weergegeven:



In oktober 1968 begon op 't Root als maatschappelijk werker, het eerste half jaar parttime. Hij heeft tot medio 1969 gewerkt vanuit een ruimte buiten de wijk en betrok daarna een kamer in het praktijkhuis van Lamberts en Riphagen.

6.2.2. Werkwijze

De samenwerking ging zich vooral richten op hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk bij relatieproblemen, terwijl "sociaal onderzoek" minder gevraagd werd. De verwijzingen vonden voornamelijk plaats door de huisartsen, terwijl het z.g. "free access" kwantitatief een zeer ondergeschikte rol speelde en ook kwalitatief van de norm verschilde doordat het daarbij hoofdzakelijk om materiële problemen ging.

In de aanvang kwamen de huisartsen en de maatschappelijk werker eenmaal per veertien dagen bijeen, na een paar maanden ging de frequentie terug tot eenmaal per maand. Onderlinge beeldvorming, wederzijdse informatie en professionele afbakening speelden, naast het beleid in de ingebrachte gevallen, een rol.

Vooral in het begin was het overleg, niet in de laatste plaats door de invloed van de leidinggevend maatschappelijk werker, sterk gestructureerd en bepalend voor de vorm van de samenwerking. Na een half jaar is dit veranderd en werd ook buiten de besprekingen om verwezen, terwijl het overleg zich ook ging richten op de follow-up van reeds verwezen gevallen en de evaluatie van de samenwerking op zich.

In 1970 werd deze tendens nog versterkt door de komst van de tweede maatschappelijk werker, Anneroos Meyboom.

De beginfase kenmerkte zich ook door het ontbreken van contact tussen het maatschappelijk werk en de andere disciplines, behalve de huisartsen. Dit ontbreken - overeenkomend met de radspaaakstructuur van de samenwerking - werd vooral toen het team groter werd als een groot gemis gevoeld. Het contact van functionarissen en de "mental health consultation" waren de enige twee overlegsituaties waarin aan dit gemis tegemoet werd gekomen. De communicatie binnen de eigen discipline werd er ook niet eenvoudiger op doordat vanuit verschillende punten gewerkt moest worden. In mei 1971 kreeg het maatschappelijk werk een eigen ruimte in de vorm van een stacaravan. Deze verandering leidde tot een tijdelijke toename van het free access in de vorm van informatieve en "materiële" vragen.

De maatschappelijk werkers voelden zich ook figuurlijk losser van de huisartsengroep.

6.2.3. Relatie met de instelling

De vraag of het algemeen maatschappelijk werk zich in Ommoord geheel zou moeten incorporeren in het gezondheidszorgsysteem, is met name in 1972, toen de bouw van het gezondheidscentrum en van het communicatiecentrum flink op gang waren, actueel geworden. De projecten van gezamenlijke presentatie waren in een federatief verband ondergebracht, waarbij een der directeuren beleidsverantwoordelijkheid voor een van de projecten toegewezen kreeg. De directe aanleiding daartoe was een conflict over de huisvesting.

Het beleidsoverleg tussen huisartsen en de gezamenlijke instellingen vond daarvoor overigens zeer frequent plaats. In 1971 en 1972 werd regelmatig overlegd door de maatschappelijk werkers, de leidinggevend maatschappelijk werker, de betreffende directeur en de huisarts die belast was met de delegatie voor het maatschappelijk werk, Frans Braams.

De huisartsen en op 't Root waren van mening dat gezien de ervaringen met betrekking tot het free access, (zeer weinig en voornamelijk "materieel" getint) het algemeen maatschappelijk werk in Ommoord gerust kon "intrekken" bij het team voor gezondheidszorg. Bij de instellingen en ook landelijk heerste, en heerst heden ten dage nog, de opvatting dat het algemeen maatschappelijk werk onafhankelijk en direct toegankelijk moet zijn en blijven.

6.2.4. Aansluiting bij de welzijnszorg in de wijk

De planning van de te huren ruimtes in respectievelijk het gezondheidscentrum en het communicatiecentrum noodzaakte tot een snel besluit over de inrichting van het maatschappelijk werk in de wijk.

Tenslotte werd besloten een proef te nemen met een spreiding over de twee centra. Op 't Root kwam in het gezondheidscentrum en Anneroos Klarenberg (zij was inmiddels getrouwd) kreeg een ruimte in het communicatiecentrum. Deze beslissing werd van de zijde van de instellingen nodig geacht om te kunnen vaststellen of een plaatsing buiten de directe omgeving van het team in het gezondheidscentrum de samenwerking met dat team, die op dezelfde voet door zou moeten gaan, zou veranderen. In de tweede plaats zou onderzocht moeten worden of een toename van het free access optrad. Dit ondanks de komst van de sociale raadsman, die eveneens in het communicatiecentrum zijn werk ging uitoefenen. In de derde plaats was het de bedoeling van de instellingen om door deze plaatsing de samenwerking tussen algemeen maatschappelijk werk enerzijds en de diverse sectoren van de welzijnszorg, het vormingsinstituut en het opbouwwerk en de sociale raadsman anderzijds te versterken, respectievelijk op te bouwen. In 1973 zou duidelijk worden dat op tenminste de eerste twee punten geen positief resultaat gemeld kon worden. De maatschappelijk werker in het communicatiecentrum voelde zich van het team afgezonderd, wat voor haar niet als een verbetering werd opgevat en in de tweede plaats was geen toename van free access te constateren.

6.2.5. Mental health consultation

De groepspraktijk heeft tot eind 1972 maandelijkse bijeenkomsten gehouden met respectievelijk een psychiater, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een kinderpsychiater van de G.G. en G.D. Het doel hiervan was om te komen tot een systeem van mental health consultation volgens de methode en theorie van Caplan (Caplan, 1964).¹⁹

Bij al deze besprekingen zijn maatschappelijk werkers aanwezig geweest. Zowel de huisartsen als de maatschappelijk werkers en in veel mindere mate de verpleegkundigen streefden ernaar zoveel mogelijk psychosociale problematiek binnen het eigen samenwerkingsverband te "houden". De "promoting" van het eigen maatschappelijk werk als hulpverleningsvorm van eerste keuze bij leefproblemen heeft ertoe bijgedragen dat een zekere rivaliteit (wellicht door de huisartsen aangewakkerd) tussen deze discipline en de hulpverleners van de afdeling Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne (S.P. en G.H.) van de G.G. en G.D. ontstond. Toen deze afdeling in het gezondheidscentrum een eigen plaats toegewezen kreeg, is dit punt in onderlinge gesprekken over de samenwerking tussen de twee teams ook in 1975 nog herhaalde malen naar voren gekomen (zie 6.3.7.).

6.2.6. Persoonlijke aspecten

Op 't Root en in mindere mate Anneroos Klarenberg, die de pioniersfase niet in zijn geheel heeft meegemaakt, hebben zich sterk vereenzelvigd met de doelstellingen van de huisartsengroep en in het bijzonder met de aan het maatschappelijk werk daarin toebedeelde rol als deskundige hulpverlener bij uitstek voor leefproblemen. Op 't Root heeft zich in deze periode tevens intensief beziggehouden met de samenwerking binnen het functionarissencontact toen de mogelijkheid van een geïntegreerd welzijnsteam voor de wijk nog leek te bestaan. Op beiden heeft het ontwikkelingsaspect invloed gehad: Op 't Root ging een universitaire opleiding in andragogie volgen en "groeide" het team uit na het behalen van zijn doctoraal examen. Anneroos Klarenberg ging - overigens in een latere fase - een voortgezette opleiding volgen. Zoals uit het verslag van Op 't Root blijkt, hebben beide maatschappelijk werkers de positie van de huisartsen in het algemeen en die van Lamberts in het bijzonder als dominerend ervaren. Dit gevoel gold in mindere mate

overigens ook de leidinggevend maatschappelijk werker. Op 't Root interpreteert naar aanleiding van de dominantie van de huisartsen dat dit "kennelijk voor een team in deze fase functioneel is". Met de ingebruikneming van het centrum zou vrijwel tegelijkertijd ook de samenstelling van de discipline maatschappelijk werk zich wijzigen.

6.3. De samenwerking met de wijkverpleegkundigen

6.3.1. Uitgangspunten

Vóór de start van de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen van de toen nog verzuilde kruisverenigingen, hadden de huisartsen en de directeuren van de drie stedelijke kruisverenigingen de uitgangspunten voor de samenwerking geformuleerd:

"a. De betrokken huisartsen en de kruisverenigingen zijn zich bewust gezamenlijk een opgave te hebben in de gezondheidszorg binnen de wijk Ommoord, waarbij de bedoelde samenwerking van een aantal huisartsen kan worden gezien als een aanknopingspunt voor een coöperatie tussen deze huisartsen en de kruisverenigingen in het belang van de patienten en een doelmatige gezondheidszorg in de gezinnen".

"b. Beleidsoverleg.

1. Huisartsen - directeuren kruisverenigingen. Deze kunnen gezamenlijk de werkgroep Planning Samenwerking vormen, waarbij naar behoefte kunnen worden toegevoegd een aantal deskundigen ten aanzien van een bepaald aspect van het vraagstuk der samenwerking, te weten de inhoud van de taken van degenen die samenwerken, de raakpunten van deze taken etc..
2. Een evaluatiewerkgroep, welke mede de functie van begeleiding zal kunnen hebben".

"c. Praktijkoverleg.

1. De huisartsen plus hoofdwijkverpleegster en de betrokken wijkverpleegster.
2. De huisartsen en de betrokken wijkverpleegsters zowel gezamenlijk op een vast punt en een geregeld tijdstip (in de commonroom van het gezondheidscentrum), alsook aan de hand van de patientencasuïstiek in de eigen kamer binnen het gezondheidscentrum van de wijkverpleegster".

"d. Contactveld.

In principe wordt de samenwerking gezien binnen het kader van de praktijkpopulatie van de huisartsen, die zich hebben verbonden aan de groepspraktijk. Dit sluit allerm minst uit een anders gestructureerde samenwerking met eventuele huisartsen in Ommoord die zich niet zullen verbinden aan de groepspraktijk. Inhoudelijk gaat het hier om het contact op het terrein van:

1. sociaal medische, preventieve zorg en/of positieve gezondheidszorg
2. verpleegkundige zorg (de huisartsen geven aan de patient een schriftelijke verwijzing naar de wijkverpleegster, doch de patientenmelding geschiedt van de zijde van de patient uit op de gebruikelijke wijze rechtstreeks bij de kruisvereniging. Daarna zoeken de betrokken huisarts en wijkverpleegsters elkaar, voorzover dit in het belang is van desbetreffende patient).
3. perifere zorg (gezinszorg, op bejaarden gerichte zorg, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk etc.)".

6.3.2. Raakvlakken en taken

De raakvlakken van de disciplines werden eveneens van tevoren vastgesteld:

"1. sociaal-medische zorg rond het kind. Deze zorg zou de volgende raakvlakken dienen te bevatten.

- kraamzorg, zwangerschapsgymnastiek
- kinderhygiëne".

Een primaire taak voor het praktijkoverleg zou gelegen moeten zijn in de taak-afbakening tussen huisarts en verpleegkundige. De huisartsen gingen in het consultatiebureau spreekuur houden in principe voor de kinderen uit eigen praktijk. Omdat dit een begin betekende van ontkeuring was daar een procedure voor vastgelegd:

"Deze ontkeuring wordt uitsluitend beperkt tot het spreekuur zelf, in die zin dat het organisatorisch niet mogelijk wordt geacht op ieder afzonderlijk spreekuur of drie zusters der onderscheiden kruisverenigingen aanwezig te laten zijn, of de moeders naar lidmaatschap van de kruisverenigingen in te delen.

Direct na het spreekuur neemt de arts contact op met de wijkzuster van iedere kruisvereniging om de vereiste follow-up van de spreekuren te bespreken. Ook zal systematisch worden nagegaan, welke moeders wel verwacht, doch niet verschenen zijn, omdat per kleur door de zuster huisbezoek ter stimulering van de gang naar het consultatiebureau kan worden verricht. Ook de zin van het consultatiebureauonderzoek zelf, zal nader moeten worden overwogen.

Hierbij is het algemene overleg tussen huisarts en wijkverpleegster mede van belang. Momenteel is het wel duidelijk dat de huisarts in ieder geval iedere zuigeling onder controle behoort te hebben gehad".

2. Het curatieve pakket.
3. De bejaardenzorg.
4. Pro memorie werd vermeld de geestelijke gezondheidszorg waarin huisarts en wijkverpleegkundige "steeds meer functies kunnen krijgen".

6.3.3. De Werkruimte

Ook de ruimtelijke voorziening in het uiteindelijk centrum werd omschreven: "Het gezondheidscentrum zal zodanig worden ingedeeld dat de onderscheiden functies van de huisartsen en van het kruiswerk duidelijk blijken. De gewenste ruimtelijke voorzieningen zijn:

- a. de consultatiebureau-ruimte
- b. ruimte ten behoeve van de individuele wijkverpleegster voor persoonlijk overleg met de huisarts.
- c. ruimte voor het kraamzorgspreekuur, het diëtistesprek uur, de hoogtezon, voetverzorging etc.
- d. eventuele opslag van verplegingsartikelen
- e. een zodanige wachtkamer in het consultatiebureau met een daarvoor geschikte vloer, dat daarin zwangerengymnastiek en bejaardengymnastiek kan worden gedaan
- f. ruimte voor de groepscontacten: cursussen, gezondheidsvoorlichting aan leden etc."

6.3.4. Afspraken over de werkwijze

Afspraken voor de organisatie in de aanloopfase konden ook toen al schriftelijk worden vastgelegd:

- "- de betrokken artsen hebben zich volledig bereid verklaard, in afwachting van het gereed komen van het centrum in Ommoord de spreekuren voor de kinderhygiëne van de kruisverenigingen te houden op de tot dusver gebruikelijke wijze, namelijk per kruisvereniging een eigen spreekuur ten behoeve van zuigelingen en kleuters van de bij deze kruisvereniging aangesloten gezinnen. Uiteraard zullen deze spreekuren moeten worden gehouden in een voorlopig daarvoor bestemde ruimte.
- de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegster zal zich gedurende de aanloopperiode kunnen ontwikkelen in de geest van het praktijkoverleg, zoals omschreven, terwijl mede het beleidsoverleg intussen kan plaatsvinden. Met name kan de werkgroep Planning Samenwerking worden geformeerd.

- voor de kruisverenigingen is het van belang bij de benoeming van een wijkverpleegster voor het werkgebied Ommoord rekening te houden dat deze ingesteld is op een doelmatige samenwerking met de betrokken huisartsen”.

6.3.5. De praktische uitvoering

Tot mei 1969 is er "verzuild" bureausprekuren gehouden, aanvankelijk alleen door Lamberts en later ook door Riphagen, waarbij de eerste "groen" deed en de tweede "de confessionelen". In het begin werd Ommoord bediend vanuit de omliggende wijken, Alexanderpolder en Hillegersberg. Zeer opvallend is dat nergens gesproken is van samenwerking tussen wijkverpleegsters en andere disciplines dan de huisartsen. De huisartsen deden geen kinderhygiënesprekuren voor kinderen uit de eigen praktijk aan huis.

Het tweede opvallende kenmerk is de nadruk die gelegd werd op de kinderhygiëne in het preventieve werk. Het heeft zelfs tot ver in 1971 geduurd totdat de wijkverpleegster van het Groene Kruis (deze organisatie werkte nog gedeeld, te weten kinderhygiëne en curatieve zorg gescheiden in tegenstelling tot het Wit Gele en Oranje Groene Kruis) uit zichzelf aansluiting zocht en de huisartsen benaderde. De verpleegster waar het om ging was Henny van den Heuvel, die later in het team een belangrijke plaats zou gaan innemen. Het eerste samenwerkingsobject was het in onderling overleg vaststellen van voedings- en inentingsschema's.

Het spreekuur voor de kinderen die niet bij een van de groepspraktijk-huisartsen aangesloten waren, is eind 1969 afzonderlijk georganiseerd. Dit is zo gebleven en aanvankelijk hebben Bakker, Braams en v.d. Schoot, en vervolgens artsen van buiten de groepspraktijk deze spreekuren gehouden.

Bij het groeien van de bevolking werd een team geformeerd met een wijkverpleegster van elke kruisvereniging. Met deze verandering vertrokken twee wijkverpleegsters van het eerste uur weer naar hun oude wijk de Alexanderpolder. De leden van het nieuwe team hadden te maken met drie verschillende hoofdwijkverpleegkundigen. Het overleg was hierdoor ingewikkeld en moeizaam.

6.3.6. Ontwikkeling van de samenwerking

De uitwerking van de inhoud van de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegsters kwam eveneens moeizaam tot stand.

Op 't Root zegt hierover in zijn verslag terecht: "het zoeken naar een eigen opstelling die wat minder traditioneel aan hun eigen instellingen en aan de huisartsen gebonden zou zijn werd wel door de huisartsen van de groepspraktijk gestimuleerd, maar het werd als zodanig niet door de wijkverpleegkundigen overgenomen. Naast de reeds genoemde taakverdeling is het aspect van eigen identiteit tot op heden bron van zorgen voor de wijkverpleegkundigen gebleven. Ook bij de reeds genoemde psychosociale belangstelling van de huisartsen en de maatschappelijk werker gingen zij nauwelijks een rol spelen". (Op 't Root 1973).⁶⁷

6.3.7. Mental health consultation

Min of meer geïnstitutionaliseerd overleg over kinderen uit de praktijk werd door de huisartsen en wijkverpleegsters afzonderlijk meestal na afloop van de consultatiebureausprekuren gehouden.

De bijeenkomsten van het functionarissencontact en de mental health consultation besprekingen boden de verpleegkundigen een gelegenheid om zich de door hen steeds als moeilijk ervaren psychosociale benadering aan de hand van casuïstiek eigen te maken. Het aandeel van de discipline wijkverpleging in de inhoud van de samenwerking op dit punt was evenwel niet groot.

Met name de opvoedingsproblemen vormden een moeilijk punt. De consultatiegevende kinderpsychiater heeft met het oog op het aanleren van een adequate benadering van deze problemen een aantal malen aparte bijeenkomsten met de wijkver-

pleegkundigen gehouden. Gevoelens van insufficiëntie werden op dit punt door de discipline ondermeer geuit in de vergaderingen van het functionarissencontact. Niettemin was er toch vooruitgang op twee belangrijke punten:

6.3.8. Aanpassingen van de werkwijze

1. de wijkverpleegkundigen gingen "om en om" met de huisartsen zelfstandig zuigelingen consultatiesprekken houden.
2. er werd een plan voor het systematisch afleggen van kleuterhuisbezoek door de wijkverpleegkundigen gemaakt.

De vraag "all round werken of gescheiden?" werd steeds klemmender, omdat in januari 1972 de kruisverenigingen een gemeenschappelijke presentatie gingen voeren met de directie van het Wit Gele Kruis als beleidsverantwoordelijke instantie. Dit betekende een analogie met de ontwikkeling binnen de samenwerking met de instelling voor maatschappelijk werk. Er kwam ook een hoofdwijkverpleegkundige vanuit het Wit Gele Kruis.

De band met de moederorganisatie werd op deze manier voor tenminste een aantal van de verpleegkundigen losser. Het team werd hechter en ging eigen besprekingen houden, terwijl een geografische indeling werd gemaakt voor de verdeling van de wijk Ommoord. Een van de positieve resultaten was het eerste en tot dusver enige op het aandeel van de wijkverpleegkundige in de samenwerking betrekking hebbende verslag over het werk in het jaar 1972. Dit al eerder genoemde verslag is namens het team vervaardigd door de toenmalige hoofdwijkverpleegkundige Tine Koster. Behalve gegevens over de personeelsbezetting en over de verrichtingen zijn ook de nieuwe plannen rond de geografische werkindeling, de functionele taakafbakening en een aantal aspecten van het werk in het team in het verslag te vinden.

Aan het eind van 1972 bestond het team uit drie all round wijkverpleegkundigen, waarvan een verpleegkundige voor de kinderhygiëne, twee zogenaamde verpleegkundigen in de wijk en twee wijkziekenverzorgenden. Het team is in dat jaar verdubbeld.

Een aantal namen van teamleden die verderop in het verslag ook een rol zullen spelen wordt op deze plaats vermeld:

Henny v.d. Heuvel, Jeanne v.d. Veen, Joke Zuidervaart, Marijke Heidema en Jet Bergmann. Voor het eerst zijn deze namen vermeld omdat in vrijwel deze samenstelling de discipline wijkverpleging in 1973 en 1974 deel uit maakte van het kernteam, en als zodanig een aantal sleutelfiguren bevatte. De onderlinge samenwerking vereiste nogal wat extra inzet en bereidheid tot verandering.

6.3.8.1. Artsgericht werken

Na enige moeite ontstond het schema voor de geografische taakafbakening, wat tot in 1975 in steeds gemodificeerde vorm zou blijven bestaan. Er werden 3 rayons gemaakt waarbij de bewerkelijke serviceflats voor bejaarden evenredig verdeeld werden.

In zo'n rayon werkten telkens een wijkverpleegster (curatief) en een verpleegkundige voor de kinderhygiëne, met de aantekening dat de laatste ook in de twee rayons werkte waar het kinderen van "haar" consultatiebureau huisarts betrof. De twee rayons met 2 serviceflats hadden elk ook een ziekenverzorgster erbij, terwijl het rayon waarin 1 serviceflat stond, het zonder ziekenverzorgende moest stellen. Iedere verpleegkundige werkte consultatiebureauarts gericht, dat wil zeggen in een vaste regeling met twee huisartsen. De gesprekken op de consultatiebureaus voor zuigelingen werden om en om door wijkverpleegster en huisarts gedaan.

6.3.9. Andere activiteiten

Er werden moedercursussen verzorgd door de wijkverpleegkundigen en vanuit het team werden voorlichtingscursussen ten behoeve van ouders van kleuters verzorgd. Naast de verdeling van het klassieke verpleegkundige werk werden ook de overige taken verdeeld. Deze hadden voornamelijk betrekking op contact met functionarissen in de wijk, de kleuterscholen, en activiteiten binnen het multidisciplinaire team in opbouw. De onderlinge verhoudingen kwamen ook aan de orde en in het verslag wordt geconstateerd dat de behoefte aan werkbegeleiding zeer gevarieerd was. Dit laatste betekende een kleine doorbraak binnen de hiërarchische structuur van de kruisorganisaties. Ook externe contacten in de onderwijswereld in de vorm van bijdragen aan het basiscurriculum voor huisartsgeneeskunde in Leiden en Rotterdam, werden met enthousiasme ondernomen. De op dat moment - eind 1972 - zeer gerechtvaardigde conclusie komt nu een beetje theatraal over: "u ziet, het bruist in Ommoord. Werd er in het begin gezocht wanneer er weer een bijeenkomst was, nu nemen de wijkverpleegkundigen zelf het initiatief. Zij voelen zich mede verantwoordelijk voor de presentatie van het team naar buiten. We zijn met zijn allen op weg, een weg die hopelijk een goede curatieve en positieve gezondheidszorg inhoudt". (Evaluatieverslag 1972, Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen).⁸⁶

6.3.10. Voorlopige conclusies

Bij de beoordeling van deze conclusies moet een aantal overwegingen geplaatst worden:

1. Het verslag op zich, de inhoud en de formuleringen geven de serieuze en ook wel gedeeltelijk succesvolle poging weer van de hoofdwijkverpleegkundige om samen met de ploeg van het moment die duidelijk twee leeftijdsgroepen kende, de discipline als volwaardige en groeiende partner te presenteren.
2. Eveneens is het, in samenhang met het eerste, een reactie op de verwachtingen met name van de huisartsen, waarbij de verpleegkundigen tegen elkaar - en misschien ook wel tegen zichzelf - als het ware zeiden: "Kom flink zijn!".
3. Een tweetal opvattingen van iets ander gehalte is wat verhuld, doch duidelijk aanwezig. De verantwoordelijkheid voor de presentatie naar buiten is herhaalde malen aan de orde geweest in de navolgende context: De verpleegkundigen die "overal kwamen" werden geconfronteerd met kritische geluiden, met name ten aanzien van de werkwijze van de huisartsen. Het viel hen soms moeilijk om deze kritiek te weerleggen doordat ze het niet zelden daarmee eens waren. In de tweede plaats ontbrak een duidelijk beeld voor de toekomst en uit de passage: "we zijn met zijn allen op weg en hopelijk wordt het iets goeds", komt onzekerheid en niet veel vertrouwen voor de toekomst naar voren.

6.3.11. Persoons aspecten

Niet alleen de professionele aanpassing is voor de verpleegkundigen van het eerste uur moeilijk geweest, ook de onderlinge verhoudingen waren nieuw en onwennig. Zo was ook het tutoyeren van de huisartsen al een niet onbelangrijke stap in het donker. In deze beginfase die over het algemeen gekenmerkt werd door informele contacten tussen de pioniers van diverse disciplines, hebben de wijkverpleegkundigen het niet gemakkelijk gehad, doordat ze niet of nauwelijks deelnamen aan de informele of sociale communicatie. Afgezien van verschillen in maatschappelijke status, opleiding en inkomen, is voor deze problemen toch de belangrijkste oorzaak geweest het gebrek aan motivering voor deelname aan het samenwerkingsverband. Dat kan de betrokkenen geenszins verweten worden, want ze zijn er door de huisartsen en de kruisverenigingen in feite met de haren bijgesleept. Maar wel zou in het vervolg deze onvoldoende uitgewerkte motivering binnen het team wijkverpleegkundigen tot belangrijke mutaties en doorstroming aanleiding geven.

In het gezondheidscentrum in Hoensbroek was de positie van de groep wijkverpleegkundigen een andere. Van den Hout beschrijft in zijn evaluatieverslag op dit punt o.m.: "een groot gevoel van veiligheid, meer zelfstandigheid, minder drempelvrees en de neiging om zich tegen de oude situatie af te zetten" (v.d. Hout 1973).⁴⁰ De ontplooiing van deze discipline in een vergelijkbare fase van de beide centra is in Hoensbroek gemakkelijker verlopen.

De ervaringen in het gezondheidscentrum Assen-Noord zijn weer van andere aard. Door moeilijkheden met de instellingen en de bezetting van de plaatsen in het team is in dit centrum de ontwikkeling van deze discipline vertraagd. (verslag 5 jaar Gezondheidscentrum Assen-Noord 1977).²⁸

Crebolder geeft in zijn "Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum" aan dat ook in het gezondheidscentrum Withuis in Venlo loyaliteitsconflicten en sterke doorstroming bij de wijkverpleegkunde belemmerend werkte, bij de ontwikkeling van deze discipline (Crebolder 1977).²³

6.4. Samenwerking met de fysiotherapeut

6.4.1. Uitgangspunten

Door het nagenoeg ontbreken van schriftelijk materiaal heeft deze discipline een voor het oog onopvallende start gemaakt.

Nico Buyten, de eerste fysiotherapeut, woonde al voor de vestiging van Lamberts in de wijk Ommoord. Buyten en Lamberts hebben gezamenlijk de samenwerkingsafpraak gemaakt, nadat een tweede fysiotherapeut vlak voor het begin van de samenwerking afgehaakt had. Buyten heeft in zijn eigen woonhuis tot in 1970 zijn praktijkruimte gehad. Vervolgens trok hij in bij Bakker en Braams waar hij op de zolder practiseerde. Tot 1973 heeft hij als enige vertegenwoordiger van zijn discipline geparticipeerd, hoewel hij wel in totaal vijf parttime medewerkers heeft gehad die evenwel niet als teamleden gezien werden. In het vooroverleg is ook in dit geval het accent in de hulpverlening gelegd op de psychosociale problematiek, waarvan al bekend was dat die dikwijls mede de oorzaak was van klachten van het bewegingsapparaat.

De taak van de fysiotherapeut werd gezien in het bespreekbaar maken van deze problemen. Daarnaast werd de volledige scala van fysiotherapeutische hulp, exclusief de technische applicaties, geboden. Raakvlakken met de wijkverpleging waren er in de vorm van adviezen over voet- en houdingsafwijkingen, mede naar aanleiding van de speciale kinderschoenen "hausse".

6.4.2. Werkwijze

Buyten hield periodiek overleg over zijn patienten met de huisartsen afzonderlijk, waarbij hij van de aanvang zich als gelijkwaardige partner opstelde. Mede ten gevolge van het feit dat afstuderende artsen aan het eind van de zestiger jaren nauwelijks een beeld hadden van de mogelijkheden van de fysiotherapie, is deze discipline zeer snel toegekomen aan een goed gedefinieerd en op de doelstelling ten aanzien van "de problemen" goed afgesteld taakgebied. De inzet van Buyten heeft daarbij een grote rol gespeeld. Dat de samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten snel tot een goed functionerende vorm van interdisciplinaire relatie uitgroeide bleek ook al uit de rapportage die Riphagen, Buyten en Lamberts verzorgden van de evaluatie van de eerste honderd verwezen patienten. (Riphagen, e.a. 1973).⁷¹

Het samenwerkingsverband in Ommoord was daarmee het eerste in Nederland wat de fysiotherapie als eerstelijns discipline introduceerde. De bijeenvoeging van alle disciplines in 1973 heeft de ontwikkeling van de discipline fysiotherapie nog versterkt, zoals later zou blijken: er zat nog meer "groei" in.

De bijzondere positie van Buyten als aan de groepspraktijk gelieerde fysiotherapeut werd problematisch toen zich moeilijkheden voordeden rond de vestiging van een andere fysiotherapeut in Ommoord die zich ook bereid verklaarde om door de groepspraktijk verwezen patienten te behandelen.

6.4.3. Persoonsaspecten

In tegenstelling tot de wijkverpleegkundigen onderhield Buyten ook zoals op 't Root en Anneroos Klarenberg met de huisartsen ook sociaal contact, vooral met Braams en Bakker die met hem de praktijkwoning deelde. In de latere jaren zou de relatieve gelijkwaardigheid van huisartsen en fysiotherapeuten bijdragen aan het ontstaan van problemen over de verdeling van de diverse vormen van macht binnen het team.

6.5. Samenwerking met de verloskundige

6.5.1. Uitgangspunten

In de aangrenzende wijk Alexanderpolder was bij de start van de groepspraktijk Rita Visman gevestigd als verloskundige. In 1969 zocht zij contact met Lamberts en Riphagen om uitbreiding van haar activiteiten in Ommoord te verkrijgen. Dit leidde tot een samenwerking die bijna 10 jaar zou gaan duren. Vanuit het praktijk-huis van Lamberts en Riphagen is zij haar praktijk in Ommoord gaan opbouwen waarbij tot heden ook patienten van huisartsen buiten de groepspraktijk verloskundige hulp konden krijgen van de verloskundige uit het team.

In 1971 kwam als tweede verloskundige - met een eigen praktijkruimte - Joke Hordijk. Van alle huisartsen van de groepspraktijk hebben alleen Lamberts, Riphagen en Braams zelf nog verlossingen gedaan.

Lamberts en Riphagen hielden deze eigen bijdrage aan de verloskundige zorg in 1970 voor gezien, terwijl Braams tot 1972 met deze activiteiten doorging. Voor Bakker waren de waarnemingsafspraken tussen de huisartsen onderling, die inhielden dat ook in het vrije weekend van de huisarts, deze zijn eigen verlossingen moest doen, een onoverkomelijk bezwaar.

6.5.2. Werkwijze

Met de verloskundige werd een aantal afspraken gemaakt:

- zwangere patienten konden na algemeen lichamelijk onderzoek verwezen worden door de huisarts bij een zwangerschapsduur van ± 12 weken, voorzien van de relevante somatische of psychosociale informatie.
- de huisarts of zijn waarnemer is "stand by" bij de partus thuis.
- in het kraambed bezoekt de huisarts eenmaal moeder en kind, dit ook in verband met de regeling van de anticonceptie in de toekomst.
- noodzakelijke verwijzingen naar een gynaecoloog vinden in principe plaats door de verloskundige naar de "eigen" gynaecoloog van de groepspraktijk.
- voorlopig wordt de keuze van de plaats van de bevalling overgelaten aan de aanstaande moeder.
- de verloskundige draagt zorg voor een goed contact met de kraamhulp en de verpleegkundige voor de kinderhygiëne.

Door de samenstelling en groei van de bevolking zijn in de jaren 1969 en volgende zeer veel verlossingen in Ommoord verricht.

De samenwerking met de verloskundige heeft in de beginperiode een voornamelijk praktisch organisatorisch karakter gehad.

Betrokkenheid met het algemene doel van de samenwerkende disciplines: "een eerstelijns hulpverlening met de nadruk op psychosociale problemen" was er bij de verloskundige in veel mindere mate en datzelfde gold voor deelname aan de diverse overlegsituaties.

6.5.3. De positie van de verloskundige

Het zou nog een aantal jaren duren voor het isolement van de verloskunde als discipline opgeheven zou worden, en aan het bilaterale karakter van deze vorm van samenwerking een einde zou komen. Er zijn wel ontwikkelingen geweest, en wel op een drietal vlakken:

- de thuisbevalling. Op grond van sterfte- en morbiditeitscijfers van elders en ook uit de eigen praktijk werd besloten de "eerste" bevalling zoveel mogelijk klinisch (poliklinisch of door middel van "short stay") te laten plaatsvinden.
- specialisten en ziekenhuizen. De samenwerking met de "vaste" gynaecoloog van de huisartsen en vooral de wrijvingen die de verloskundigen ondervonden in het bijbehorende ziekenhuis, deed de verloskundigen voorstellen om ook nog een andere specialist en een ander ziekenhuis in dit opzicht te selecteren. De geringe feitelijke inbreng van de huisartsen in de verloskundige hulp maakte de overwegingen van de twee verloskundigen zwaarwegend. Vanaf die tijd zijn de gynaecologische en verloskundige verwijzingen dan ook verdeeld over twee specialisten en hun respectievelijke ziekenhuizen.
- de anticonceptie. Beide verloskundigen gaven te kennen geschoold te willen worden in de anticonceptiebegeleiding, te beginnen via het inbrengen van zogenaamde I.U.D.'s. Na in Leiden hiervoor een cursus bezocht te hebben, kwam hun toekomstig aandeel in de anticonceptiebegeleiding ter sprake in een discussie met de huisartsen. Het betrof een voor de huisarts gevoelige punt: de huisartsen, vooral diegenen die nog niet lang praktijk deden, zagen ongaarne een deel van hun eigen werk afgenomen, omdat de anticonceptiebegeleiding als "porte d'entrée" op het spreekuur van de huisarts gold. Daarom werd besloten dat de verloskundigen voorlopige alleen I.U.D.'s zouden gaan plaatsen.

6.5.4. Persoonsaspecten

De positie van vooral Rita Visman ook als individuele hulpverlener en teamlid, was in de beginfase tot 1972, zoals gezegd geïsoleerd. De komst van de tweede verloskundige Joke Hordijk bracht hier betrekkelijk weinig verandering in. Ook voor hen zijn de jaren 1973 en 1974 in dit opzicht een wezenlijke betekenis geweest, omdat zij toen hun aandeel in de teamvorming gerealiseerd kregen.

6.6. Samenwerking met de doktersassistentes

Het heeft tot midden 1971 geduurd voordat de eerste dokterassistent - aanvankelijk voor halve dagen - in dienst kwam. De drie praktijkwoningen kregen elk een assistente, waarbij aan de twee huisartsen die daar werkten werd overgelaten hoe de organisatie van de praktijkvoering zou zijn. In de periode daarvoor vervulden de echtgenotes van de vier oudste huisartsen in onderling verschillende mate de assistentetaken. Zij maakten afspraken, gaven de recepten af en beoordeelden visiteaanvragen, zorgden voor de voorraden en voor het schoonhouden van de praktijkruimte. Samen met hun respectievelijke echtgenoten verzorgden zij ook de financiële administratie. Van de oudste vier woonden er drie naast de praktijk die ze met veel inzet hadden helpen opbouwen. Voor de assistentes was de beginperiode van hun werk niet altijd even gemakkelijk door de onmiddellijke nabijheid van hun voor-gangsters.

Geheel anders dan ook was de positie van de assistente van de huisartsen Schulten en v.d. Schoot. Deze beide hebben nimmer praktijk aan huis gedaan en hadden geen echtgenoot die afspraken maakte voor het spreekuur. Van rivaliteit kon dan ook hier niet gesproken worden. Het oppassen op de kleine kinderen van de beide vrouwelijke huisartsen behoorde evenwel tot de taak van de assistente, die ook in andere opzichten meer huishoudelijk werk deed dan haar beide collega's.

6.6.1. Teamvergaderingen

De meeste vergaderingen en bijeenkomsten werden tot eind 1972 bij een van de teamleden, meestal een van de huisartsen, aan huis gehouden en zeer dikwijls 's avonds. Dit bracht met zich mee dat de huisartsenvrouwen om de beurt ook de gastvrouwenrol moesten vervullen. Dit veroorzaakte behalve extra werk ook nogal eens een inbreuk op de privacy. De daadwerkelijke betrokkenheid die in de beginjaren ook tot spanningen leidde in de relationele sfeer zowel per echtpaar als onderling, zou een belangrijke vermindering ondergaan bij de verhuizing naar het gezondheidscentrum.

De functie van plaatsvervangend of soms zelfs toeziend assistente verviel en vergaderingen vonden vrijwel nooit meer thuis plaats. De drie assistentes die mee verhuisden bezagen de verplaatsing met gemengde gevoelens: een stukje eigen sfeer met inbegrip van de relatie tot de eigen huisartsen zou daarmee verloren gaan door de schaalvergroting, maar ook door de geplande werkwijze en de toekomstige gemeenschappelijke werkruimte in het centrum.

6.6.2. Werkwijze

Van een uniforme taakvervulling door de assistentes was voor de ingebruikneming van het centrum geen sprake. De organisatie van de praktijkvoering verschilde per huisartsenpaar nogal en de aanvullende taken zoals verbinden, laboratoriumonderzoek, het maken van electrocardiogrammen, werden vervuld naar gelang de assistente scholing of ervaring daarin had opgedaan. Dit gold ook voor de administratieve taken zoals typewerk en rekeningen uitschrijven. Het was de groepspraktijk wel duidelijk dat wanneer men eenmaal in het centrum zou werken ook de assistentes een team onderling zouden moeten vormen. Dat hield nogal wat in: een meer uniforme werkwijze, verdeling van bepaalde taken en onderlinge afspraken over vervanging en voor elkaar inspringen. Op het voorstel om de vier echtgenotes van de oudste huisartsen bij toerbeurt toezicht op en coördinatie van het werk van de assistentes in het centrum te laten uitvoeren ging alleen de echtgenote van Henk Lamberts in.

6.6.3. De coördinatie

Dit leidde tot de afspraak tussen de groepspraktijk en Marjo Lamberts om de coördinatie en het toezicht op het werk achter de balie in het gezondheidscentrum, met alle facetten daarvan, aan haar te delegeren. Een van de huisartsen, aanvankelijk Bakker, later Riphagen, zou vanuit de groepspraktijk contactpersoon zijn. Uit deze afspraak is de managementfunctie in het centrum uiteindelijk voortgekomen. Deze functie zou in een later stadium uitgebreid worden met taken ten aanzien van de andere disciplines en de latere werkgever van de huisartsen, de gemeente Rotterdam.

7. Externe factoren

7.1. Inleiding

Deze factoren hebben betrekking op "alles wat zich buiten het team in opbouw afspeelde en voor het team relevant geacht werd". Ook in de beginfase laten zich binnen deze zeer ruim gedefinieerde categorie een viertal subcategorieën onderscheiden, zij het dat deze indeling minder gedetailleerd is dan die welke verderop in dit verslag en met name in het hoofdstuk over 1975, gebruikt wordt.

Het gaat in feite om vier soorten externe relaties.

1. De relaties met de overige hulpverleners buiten het team, zowel binnen als buiten de wijk.
2. De relaties met de diverse beheers- en bestuurslichamen op plaatselijk en landelijk niveau.

3. De relaties met de bevolking in "georganiseerd" verband.
4. De relaties met de diverse beroepsgroeperingen voor zover deze niet behoren tot categorie 1.

7.2. Relaties met andere hulpverleners - contact van functionarissen

De volgorde in de rij van externe relaties is niet toevallig, omdat de relaties zoals in deze categorie bedoeld, veel te maken hadden met het concept van de wijkgezondheidszorg die uit zou moeten groeien tot de wijkwelzijnszorg. De plaats waar deze gedachtenvorming zich concentreerde was het overleg binnen het functionarissencontact. Dit gezelschap omvatte de eerstelijns werkers in de gezondheidszorg, de pastores van de diverse denominaties, de hoofdonderwijzers en hoofdleidsters van basis- en kleuterscholen, de opbouwwerker en de (latere) medewerkers van het vormingsinstituut en tenslotte aan het eind van 1972 ook de leidster van het inmiddels opgerichte dienstencentrum.

Huisarts Frans Bakker vervulde in de bijeenkomsten van het contact het voorzitterschap en Jos op 't Root, later vervangen door de opbouwwerker, het secretariaat. Gemeenschappelijk uitgangspunt, zoals dit ondermeer in een publicatie door Lamberts en op 't Root werd geformuleerd was het leven en werken in Ommoord met de daarbij behorende psychosociale problemen, waartoe iedere deelnemer aan het contact zijn specifieke ingang had.

De bedoeling was verder om de activiteiten van de diverse deelnemende beroepen op elkaar af te stemmen bijvoorbeeld door het bespreken van gevallen voorts om een gezamenlijk optreden ten behoeve van de wijk en de bewoners daarvan te realiseren. Dit gezamenlijk optreden heeft een aantal malen de vorm van sociale actie gekregen onder meer ten opzichte van de zandbakken en bushaltes in de wijk, het wijkopbouworgaan en het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk toen de aanwijzing van de wijk Ommoord voor subsidie in het kader van het bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid op het spel stond.

7.2.1. Wijkgezondheidszorg

In deze periode formuleerde Lamberts een tweeledige definitie van wijkgezondheidszorg:

- de multidisciplinaire gecoördineerde benadering van de hulpverlening in de eerste lijn van de gezondheidszorg voor bewoners van de wijk Ommoord in het sociale verband waarin zij leven.
- een multidisciplinaire gecoördineerde benadering van de sociale actie ten behoeve van de bewoners van de wijk Ommoord. (Lamberts 1972).⁴⁴

Deze formulering is de eerste doelstellingsformulering vanuit het team geweest. Uit de verslagen en ook uit deze formulering komt naar voren dat met name de groepspraktijk en ook de maatschappelijk werker op 't Root dachten aan een welzijnsteam als breed draagvlak voor de wijkwelzijnszorg. Deze ontwikkeling heeft zich niet doorgezet.

Nadat als eerste de onderwijzers afhaakten, bleek een tweespalt te ontstaan tussen de gezondheidszorgsector en de welzijnszorgsector. De verschillen in doelstelling, dikwijls ten onrechte aangeduid met termen als sociale of medische modellen, bleken niet werkbaar, zodat in 1973 het gezondheidscentrum en het communicatiecentrum als twee afzonderlijke functionele eenheden opereerden met een beperkte mate van onderling contact. (Lamberts 1972).⁴⁴

Bij de behandeling van de externe factoren in het hoofdstuk over 1975 wordt op deze ontwikkeling teruggekomen.

7.2.2. Landelijke ontwikkelingen

De belangrijke positieve gevolgen van de activiteiten van het contact van functiona-

rissen waren vooral gelegen in de overdracht van het enthousiasme tussen de deelnemende pioniers.

Ook elders in het land was de pioniersgeest vaardig, zoals bleek op een landelijke conferentie georganiseerd door de contactgroep voor gezondheidscentra en centra voor maatschappelijke dienstverlening in maart 1972. Op deze conferentie werd bijvoorbeeld unaniem door de deelnemers voorgesteld om het Nederlands Huisartsen Instituut om te dopen in een Nederlands Welzijns Instituut (N.H.I. 1972).⁶⁵ De inhoud van het gemeenschappelijke uitgangspunt en de onderlinge raakvlakken waren voor het functionarissencontact op den duur onvoldoende, terwijl negatieve beeldvorming tussen de participanten niet afdoende kon worden gecorrigeerd. Deze ontwikkeling heeft zich ook voorgedaan op het landelijke vlak. De meer concrete resultaten van het functionarissencontact waren het verkrijgen van het subsidie in het kader van het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid en de ondersteuning en beïnvloeding in het kader van het wijkopbouworgaan.

7.3. Relaties met andere hulpverleners - de medische sector

De apotheker en de tandarts waren in dezelfde periode in Ommoord gevestigd. Overleg met de eerste over de werkwijze en afspraken over de farmacotherapie die ondermeer leidden tot het hanteren van een standaardreceptuur was al geruime tijd tevoren gevoerd.

De groepspraktijk selecteerde, niet altijd op concrete gronden, de specialisten waarmee men samenwerking wenste. De huisartsen streefden naar duidelijke afspraken met de specialisten en waren om die reden van plan met een vaste combinatie van ziekenhuizen en daarbij behorende specialisten in zee te gaan.

7.3.1. De ambulante geestelijke gezondheidszorg

Al eerder werd melding gemaakt van de tweemaandelijks casuïstiekbesprekingen met een "jeugd"- en "volwassen" team van de afdeling voor Sociale Psychiatrie en Geestelijke Hygiëne (S.P. en G.H.) van de G.G. en G.D. De groepspraktijk en ook de maatschappelijk werker waren de mening toegedaan dat de geestelijke gezondheidszorg in de wijk een functie van het eerstelijns team diende te zijn.

Deze met de doelstelling samenhangende opvatting heeft in belangrijke mate de samenwerkingsrelatie met het team van de S.P. en G.H. beïnvloed. De prioriteit die binnen deze conceptie toegekend werd aan het "eigen" maatschappelijk werk en het ontbreken van omschreven opvattingen over hulpverlening bij het team van de S.P. en G.H. bepaalden de aard van het overleg in de consultatiebesprekingen. Deze betroffen dikwijls onderhandelen over praktische maatregelen ten behoeve van de "echte" psychiatrische patienten wanneer het volwassenen betrof. Bij de kinderpsychiater lag dit wat anders: de duidelijk professionele inbreng van de kinderpsychiater en de veel minder duidelijke opvattingen binnen het team over het benaderen van opvoedingsproblemen en de positie van de verpleegkundigen in dit opzicht, leidden er toe dat deze consultatiebesprekingen veel meer aan het doel van eigenlijke consultatie- een "patient centered" consultatie - beantwoordden.

De vestiging van het wijkteam van de afdeling S.P. en G.H. in het gezondheidscentrum zou later met zich meebrengen dat een voortdurende doelstellingendiscussie, zonder veel resultaat, tussen de twee teams gevoerd zou gaan worden.

Het integreren van deze instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg op wijkniveau in het eerstelijns concept zoals dat in die dagen binnen het gezondheidszorgteam gehuldigd werd, is dan ook niet gelukt.

7.4. Relaties met de diverse beheers- en bestuurslichamen op plaatselijk en landelijk niveau

Een tweetal van deze relaties is al aan de orde geweest: namelijk die met de instellingen voor maatschappelijk werk en de kruisvereniging. Van belang in deze

categorie zijn verder de gemeente Rotterdam en de G.G. en G.D., de toekomstige subsidiegevers: het ministerie van Sociale zaken en Volksgezondheid en het Praeventiefonds. Het gaat hier tevens om belangrijke ondersteunende instanties die ook in een latere fase nog werkzaam zouden zijn.

7.4.1. De gemeente Rotterdam

Overleg met de directeur van de G.G. en G.D., de ziekenfondsen, de diverse instellingen en de plaatselijke huisartsenorganisatie bepaalden uiteindelijk het standpunt van de gemeente Rotterdam. Dit standpunt is terug te vinden in een nota uit 1968 van de hand van Mr. A. Lührs waarin de gemeenteraad advies gegeven wordt.

"Primair gaat het de artsen om de mogelijkheden tot verheffing van het niveau van de huisartsenpraktijk". Even later merkt Lührs op: "alleen de groepspraktijk kan aan de moderne eisen van verantwoorde zorg voor de patient beantwoorden, hetgeen naar veler mening betekent dat alleen door invoering op brede schaal van groepspraktijken het kennelijke bedreigde instituut van de huisarts op den duur voor onze gezondheidszorg behouden kan blijven" (Lührs 1968).⁵⁵ Deze ietwat wagneriaanse formuleringen waren kenmerkend voor het toenmalige politieke klimaat.

Met name de Rotterdamse fractie van de Partij van de Arbeid stelde zich achter het vormen van een groepspraktijk, waarbij ook de G.G. en G.D.-directeur een belangrijke stimulerende factor bleek. Wat was het resultaat van al deze voorbereidingen?

a. Hulp bij de vrije vestiging van de huisartsen in de vorm van woonruimte in de woningwetsector. Deze hulp werd overigens ook gegund aan de fysiotherapeuten en verloskundigen.

De vier oudste huisartsen waren de enige die bij de daartoe dienende commissie voor hulp bij het verkrijgen van praktijkruimte voor medische en paramedische beroepen een verzoek hadden ingediend. In die dagen kon er in Rotterdam niet gesproken worden van een wachtlijst. Politieke steun was nodig om de gevraagde eengezinswoningen ter beschikking te krijgen, omdat de directeur van de dienst Volkshuisvesting zich daar om redenen van volkshuisvestingsbeleid tegen verzette.

b. De principe beslissing van de gemeenteraad om een gezondheidscentrum te bouwen.

c. Het voornemen om daadwerkelijk in de "overhead" kosten bij te dragen. Dit leidde tot een voor alle Rotterdamse gezondheidscentra geldende huursubsidieregeling.

7.4.11. Totstandkoming van het gebouw

Het gezondheidscentrum is uiteindelijk twee jaar later gereedgekomen dan oorspronkelijk de bedoeling was. Tijdens de planning is er diverse malen sprake geweest van ernstige tegenslag zodat in 1971 de groepspraktijk serieus rekening hield met een alternatief in de vorm van een of twee verdiepingen in een van de nieuwe torenflats in de wijk. Deze vertraging heeft op de teamvorming ongetwijfeld invloed gehad. De opbouwfase met de huisartsen in het centrum van het wiel van de samenwerking heeft langer geduurd. De positie van deze discipline in het geheel - toch al een "practice based team" - is daardoor waarschijnlijk nog versterkt. Dit is mede veroorzaakt door het feit dat alle voorbereidende besprekingen in de bouw- en planningperiode gevoerd werden tussen afgevaardigden van de groepspraktijk, meestal Henk Lamberts, en de diverse andere belanghebbenden.

De bouwkosten en de ruime opzet leverden een zeer hoge huurwaarde op. De helft van het vastgestelde uurbedrag werd door de gemeente middels de huursubsidieregeling aan de vrije beroepsbeoefenaren vergoed. De exploitatie van het gebouw zou in handen komen van een stichting waarin de gemeente en de huurders zouden gaan

participeren. Deze stichting is er evenwel nooit gekomen en de financiële transactie tussen huurders en gemeente verliepen rechtstreeks via de G.G. en G.D.

7.4.2. De ziekenfondsen

De ziekenfondsen die als participant vroeg in de voorbereiding waren betrokken, hebben zich de eerste jaren beperkt tot mondelinge toezeggingen. Daadwerkelijke steun voor alle Rotterdamse gezondheidscentra in de vorm van een financiële bijdrage van de zijde van de ziekenfondsen zou pas in 1976 gerealiseerd worden.

7.4.3. De plaatselijke huisartsen

Een bijzondere plaats in deze categorie werd ingenomen door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, die evenals de ziekenfondsen vroeg in het overleg was betrokken. Persoonlijke en politieke overwegingen hebben vanaf het begin de houding van de Rotterdamse P.H.V. ten opzichte van het project in Ommoord mede bepaald.

De vrees voor oneerlijke bevoordeling, door met name de gemeente, van het samenwerkingsverband in Ommoord ten opzichte van andere huisartsen in Rotterdam, speelde daarbij een belangrijke rol.

Na de met argusogen gevolgde start van de groepspraktijk is in de jaren 1970 en 1971 een zekere "détente" ontstaan, toen bleek dat er rond de als eigen waarneemgroep functionerende groepspraktijk geen problemen ontstonden. In die fase werd zelfs vanuit de P.H.V. toenadering gezocht en gevonden in het bestuurslidmaatschap van Braams. Deze "détente" was op haar hoogtepunt toen de Stichting Groepspraktijken opgericht werd in Rotterdam. De voorbereiding van het dienstverband voor de vrije beroepsbeoefenaren in het centrum in Ommoord in de latere jaren echter deed de relatie weer verkoelen. Bij de beslissing over het dienstverband door de gemeenteraad was deze verkoeling zelfs uitgegroeid tot een koude oorlog.

7.4.4. Nationale subsidiegevers

Twee geldbronnen hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de start van het samenwerkingsverband, niet alleen in Ommoord maar ook in Hoensbroek, den Haag, Apeldoorn en Utrecht-Overvecht.

De basis voor het subsidie van rijkswege was gelegd in de Nota Volksgezondheid uit 1966, waarvoor minister Veldkamp en staatssecretaris Bartels tekenden.⁵⁷ Voor vijf jaar verleende het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid subsidie in de vorm van een exploitatiebijdrage aan de vijf samenwerkingsverbanden. Het ging bij de toekenning om een experiment, wat inhield dat een tegenprestatie die inzicht zou moeten verschaffen in het verloop en resultaat van het experiment, gevraagd werd.

In Ommoord heeft deze tegenprestatie de vorm gekregen van een continue morbiditeitsregistratie, die uiteindelijk werd verricht in het jaar 1972.

Een deel van het in Ommoord verrichte onderzoek, het deel betreffende verwijspercentages en ziekenhuisopnamecijfers, is ook gebruikt voor het macrolekenmodel onderzoek van van Praag en medewerkers. Dit onderzoek zou ondermeer in een latere fase de omstreden vier promille norm voor ziekenhuisbedden in Nederland opleveren. Het "Kruizingasubsidie" is als maatregel gevolgd door de Voorlopige Stimuleringsregeling voor Wijkgezondheidscentra die zich ook ging uitstrekken over de hulpverleners van andere deelnemende disciplines.

In 1971 en 1972 was het landelijke politieke klimaat gunstig voor samenwerkingsvormen in de eerste lijn. Met name de tweede kamer fractie van de Partij van de Arbeid liet geen gelegenheid voorbij gaan om de loftrumpet over de nieuwe ontwikkeling te steken. In de latere jaren zou de economische teruggang samenvallen met de roep om betere en meer duidelijke evaluatie van de samenwerkingsverbanden en kritische geluiden "of het allemaal wel beter was voor de patient".

Naast het "Kruizingasubsidie", die bijdroeg in de exploitatie, was er het subsidie van het Praeventiefonds, evenens verstrekt aan de vijf eerder genoemde centra. Dit was een investeringssubsidie waar tegenover de bereidheid diende te staan bij de centra om deel te nemen aan een gemeenschappelijk onderzoek naar het functioneren van de vijf gesubsidieerde gezondheidscentra, te verrichten door het Intagon (later Itoba) te Amsterdam. Op dit onderzoek wordt later bij de besprekingen van het jaar 1975 ingegaan.

7.5. Relaties met de bevolking en de organen die de bevolking vertegenwoordigden

De betrokkenheid bij de opbouw van de samenleving in de wijk Ommoord was een gemeenschappelijk kenmerk voor alle deskundigen en niet-deskundigen die deze wijk als werkterrein hadden.

Zoals ook bleek bij de bespreking van het functionarissencontact verrichtten de deelnemers van de groepspraktijk en de andere hulpverleners ook in dit opzicht pionierswerk. De mogelijkheid en wenselijkheid om het samenwerkingsmodel in de gezondheidszorgsector een gezicht te geven overeenkomstig het zich ontwikkelende samenlevingspatroon in de wijk, stond daarbij voorop. (Een uitgebreide weergave daarvan is ook te vinden in een rapportage van mevrouw E. Hakvoort-Stammeijer over het experiment met het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid, waar in hoofdstuk IV op wordt teruggekomen).

Actieve deelname in het wijkgebeuren werd behalve via het functionarissencontact ook geleverd in de vorm van bijdragen aan de zogenaamde welkomstavonden voor nieuwe bewoners. In een latere fase ontstond de sectie gezondheidszorg van het wijkopbouworgaan. Een belangrijke activiteit in dit kader was de "Open Dag" die deze sectie organiseerde in samenwerking met de leden van het team van het gezondheidscentrum en het wijkopbouworgaan. Deze Open Dag markeerde de opening van het gezondheidscentrum en groeide uit tot een manifestatie van vrijwel alle welzijnsactiviteiten in de wijk Ommoord.

Bovendien werd het hele programma uitgezonden via een kabeltelevisieuitzending, tot dusver de enige in de geschiedenis van de wijk.

7.5.1. De wijk als onderzoekerterrein

De sociaal psychologische en andere wetenschappelijke aspecten van het wonen en werken in de nieuwbouwwijk Ommoord stonden sterk in de belangstelling van de groepspraktijk en met name van de huisartsen Lamberts en Bakker.

Op twee manieren is achtereenvolgens geprobeerd om een "sociaal psychologisch onderzoek" (toendertijd niet nader gespecificeerd), gericht op de wijkbewoners en in samenwerking met het eerstelijns team, op te zetten. In eerste instantie werd daartoe overlegd met de pas in Rotterdam benoemde hoogleraar in de preventieve en sociale psychiatrie. In tweede instantie werd gepraat met de hoogleraar in de sociale psychologie in Rotterdam.

Beide pogingen zijn niet geslaagd. Uit de bronnen is geen complete reconstructie van de reden voor deze mislukkingen te geven.

Wel is te vermelden dat zowel praktische (geld en mankracht) als inhoudelijke (andere opvattingen over welzijns- en gezondheidszorg) factoren een rol hebben gespeeld. Onderzoek onder de bewoners heeft daarna plaatsgevonden in de vorm van "survey's" zoals het geïntegreerd milieuonderzoek verricht in opdracht van het openbaar lichaam Rijnmond onder auspiciën van de gezondheidsorganisatie T.N.O.³¹ Een consumenten satisfactieonderzoek (Intagon-Itoba) betrof naderhand de gebruikers van het gezondheidscentrum bij het functioneren van dit centrum, maar de opzet van dit onderzoek was meer specifiek (zie pagina . . . e.v.).⁸¹

7.6. Overige relaties

In de beginjaren was deze categorie nog niet zoveel omvattend. Het ging in feite om de medische faculteit in Rotterdam en om het Nederlands Huisartsen Genootschap.

7.6.1. De medische faculteit

Op deze plaats kan worden volstaan met de mededeling dat binnen de huisartsengroep de gedachte bestond om het centrum op te laten gaan in het Rotterdam Universitair Huisartsen Instituut (R.U.H.I.), met inbegrip van alle teamleden.

De andere disciplines zijn in dit overleg niet of nauwelijks betrokken geweest.

De relatie tussen de medische faculteit en het centrum werd er niet beter op toen door de faculteit een toogdag werd georganiseerd onder de titel "Meer lijn in de eerste lijn". Bij de organisatie van deze dag was het centrum op geen enkele wijze betrokken, hetgeen bij de teamleden in Ommoord negatieve reacties opriep. Van Beek en Hak hebben naar aanleiding van deze dag, die de verwarring in de eerstelijns wereld bepaald niet deed afnemen, als vorm van follow-up een uitgebreid literatuuroverzicht gepubliceerd (van Beek en Hak 1973).⁵

7.6.2. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)

De contacten met het N.H.G. concentreerden zich op drie punten:

- de stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en omstreken, een collectieve opzet van het N.H.G.-centrum Rotterdam en het Universitair Huisartsen Instituut, bedoeld om de beroepsopleiding tot huisartsen te coördineren en te begeleiden. Bij deze stichting zouden de toekomstige huisartsopleiders aangesloten moeten worden. Bakker is als huisarts bij de opzet hiervan nauw betrokken geweest en trad pas jaren later, in 1975, uit het stichtingsbestuur.
- de redactiecommissie van het maandblad Huisarts en Wetenschap. Lamberts trad tot deze commissie toe en hij bestendigde daarmee de afzetmogelijkheid voor publicaties vanuit het team en creëerde de mogelijkheid om via onderzoek en gepubliceerde resultaten daarvan, de samenwerkingsgedachte en het opbouwen van een referentiekader in het land bekend te maken.
- de contactgroep voor gezondheidscentra en centra voor maatschappelijke dienstverlening, in de wandeling de contactgroep met de lange naam genoemd. Dit gezelschap was op een conferentie van het Nederlands Huisartsen Instituut over relaties opgericht. Spoedig na de opzet, waarbij N.H.G.-secretaris Vrij betrokken was, breidden de deelnemers - huisartsen uit de toen functionerende centra - de groep uit met vertegenwoordigers van andere disciplines. Deze groep bestaat heden ten dage nog. De activiteiten hebben zich in de loop der jaren ontwikkeld van: "inhoud van de samenwerking, onderlinge beeldvorming", naar "structurele aspecten en belemmeringen voor samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg". Vanuit het team in Ommoord heeft Riphagen, aanvankelijk samen met Bakker, en naderhand met maatschappelijk werker op 't Root en verpleegkundige Joke Zuidervaart, een aantal jaren deelgenomen aan de activiteiten van deze groep.

8. Samenvatting

In dit hoofdstuk is een lange periode beschreven. De voorbereiding en de eerste vier jaren van vijf jaar samenwerking zijn hierin weergegeven. In de voorbereiding en de opbouw van het samenwerkingsverband is duidelijk de centrale positie van de huisartsengroepspraktijk en in het bijzonder die van huisarts Lamberts te zien.

De samenwerking werd opgebouwd via het radspaakmodel. Er was overwegend sprake van bilaterale samenwerking tussen de huisartsen en elk van de andere disciplines afzonderlijk. De inhoud van de samenwerking was sterk afgestemd op de mogelijke rol van de diverse disciplines in de eerstelijns gezondheidszorg bij de benadering van psychosociale problematiek. Ook de relatie tussen eerstelijns

gezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg stond daarbij centraal. De vorming van een welzijnsteam (het functionarissencontact) als breed draagvlak voor de wijkwelzijnszorg stagneerde. Veel aandacht is daarnaast besteed aan praktische aspecten en vormgeving van de samenwerking. Systematische begeleiding werd alleen gegeven in de tweede helft van deze periode en dan nog slechts aan de huisartsendiscipline. In de tweede helft van 1972 zijn - ook weer vanuit de huisart-sengroep - voorbereidende activiteiten ondernomen om de samensmelting van alle disciplines tot het uiteindelijke team in het inmiddels gereedgekomen gezondheids-centrum goed te laten verlopen.

HOOFDSTUK III

DE JAREN 1973 EN 1974: DE SMELTKROES

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de voorbereiding en de eerste vier jaren van samenwerking leidden tot een model waarbinnen de inhoud en de vorm van de samenwerking tussen de huisartsen en elk van de andere disciplines afzonderlijk gestalte kregen. In het hoofdstuk betreffende het jaar 1975 komt de - voorlopige - eindtoestand van de vorming van het multidisciplinair team aan de orde.

In dit hoofdstuk wordt gepoogd een overzichtelijke weergave van het eenwordingsproces te geven zoals dat na de in gebruikneming van het gezondheidscentrum in de jaren 1973 en 1974 plaatsvond. In deze periode krijgt het team een multidisciplinaire structuur en werd er naar gestreefd om als team een autonoom geheel te worden.

Het kernteam als collectief beleidsbepalend orgaan ontstond, en er is veel aandacht besteed aan de onderlinge beeldvorming en ook aan de relaties binnen het team. Tevens werd in deze periode agogische begeleiding van buiten verkregen en aan het eind van 1974 stond het dienstverband van de vrije beroepsbeoefenaren als eerste stap naar formele autonomie voor de deur.

Vanwege de overzichtelijkheid komt een aantal aspecten die in de jaren 1973 en 1974 van belang waren, in meer gedetailleerde vorm aan de orde in het hoofdstuk over 1975. Het betreft hier de agogische begeleiding en de voorbereiding van het dienstverband met de gemeente Rotterdam en de relatie tussen de hulpverleners in het gezondheidscentrum en de wijkbevolking. Deze aspecten worden wel bij de beschrijving van het proces in de jaren 1973 en 1974 behandeld, maar dan in meer algemene zin.

2. De bronnen

In de loop van deze twee jaar was er een sterke toename van de interne bronnen zichtbaar. Vanaf augustus 1973 is het voltallige kernteam 1 x per 14 dagen gaan vergaderen. Daarvoor vonden deze vergaderingen veel minder frequent plaats en werden ze dikwijls ad hoc gehouden. Van alle kernteamvergaderingen in 1973 en 1974 zijn verslagen gemaakt.

De huisartsengroep is doorgegaan met het schriftelijk vastleggen van de wekelijks genomen besluiten. In 1974 werd bovendien veel extra informatie over voorbereiding van het dienstverband geproduceerd.

Een tweetal verslagen staat min of meer op zich zelf: het verslag van de agogische begeleiding door het Instituut voor Voorlichtingskunde en Communicatie (I.V.C.), waarop in het volgende hoofdstuk in detail wordt ingegaan, en een evaluatieverslag van de begeleidende maatschappelijk werker van de instelling waarbij de maatschappelijk werkers in het centrum in dienst waren.

Tenslotte verscheen in deze periode een aantal belangrijke publicaties vanuit het centrum: het gaat hier om een verslag van de morbiditeits-analyse, verricht in 1972 (Lamberts 1974), "Samenwerken in een team - routebeschrijving door een ruig landschap" (Lamberts 1975), en het eerste evaluatieverslag van de samenwerking tussen huisarts en heilgymnast-masseur (Riphagen e.a. 1973).^{46 45 71}

Correspondentie en perspublicaties tenslotte namen in deze jaren aanzienlijk in omvang en aantal toe.

3. Indeling van het hoofdstuk

3.1. Aspecten van de teamvorming

De diverse aspecten, de volgorde waarin deze in de bronnen ten tonele komen en de onderlinge samenhang, maken het aanbrengen van een grove structuur in dit hoofdstuk mogelijk.

Deze aspecten kunnen daartoe als volgt worden weergegeven:

Het doel dient te zijn:

1. de vorming van een team wat zichzelf beschouwt als basiseenheid van de eerste-lijns gezondheidszorg in de wijk. Hiervoor werden nodig geacht:
 - een homogene opvatting over multidisciplinaire samenwerking
 - afstemming van de rolopvattingen van de diverse disciplines met een zekere mate van flexibiliteit in de interne organisatie en presentatie van de hulpverlening naar de patiënten toe.
 - oog hebben voor - en realiseren van de mate en de soort van ondersteuning die de diverse teamleden nodig hadden om goed te functioneren en een eigen plaats in het team te kunnen vinden.
 - het op de juiste wijze rekening kunnen houden met de invloed van bijkomende factoren op het proces van teamvorming zoals: de mutaties in het team, de sterke numerieke uitbreiding en de invloed van het gebouw als voorziening.
 - het streven naar autonomie van het team met expliciteren van de contacten met de externe beheers- en ondersteunende structuur, zoals de werkgevers en de gemeente Rotterdam, en het vormgeven van de relatie tussen het gezondheidscentrum en de populatie die het moest verzorgen.

In deze indeling komen ook de hoofdaspecten van de vraagstelling uit het begin van dit verslag naar voren, terwijl ook de meer gedetailleerde onderverdeling van de te beschrijven aspecten zoals die in figuur III werd weergegeven, te herkennen is.

3.2. Tijdsindeling

Er zijn een aantal perioden te onderscheiden waarin de bovenvermelde elementen achtereenvolgens aan de orde kwamen.

periode 1: december 1972 tot augustus 1973.

Het team splitste zich in twee multidisciplinair samengestelde groepen die alternerend om de 14 dagen met een van de subteams van de S.P. en G.H. casuïstiek-besprekingen hielden. Het besluit tot deze gang van zaken was genomen in de eerste plenaire vergadering van het kernteam aan het eind van het jaar 1972. Er wordt ook in deze samenwerking een begin gemaakt met de agogische begeleiding door het I.V.C.

periode 2: augustus 1973 tot april 1974.

Tengevolge van de begeleiding en de evaluatie van de tot nu toe gevoerde werkwijze werd besloten deze werkwijze te verlaten en plenair verder te vergaderen. Binnen en buiten de begeleiding werden relationele problemen manifest. Er ontstonden nieuwe gemeenschappelijke projecten zoals het werken met patientengroepen. De begeleiding werd na een aantal plenaire zittingen (voorlopig) afgesloten.

periode 3: april 1974 tot januari 1975.

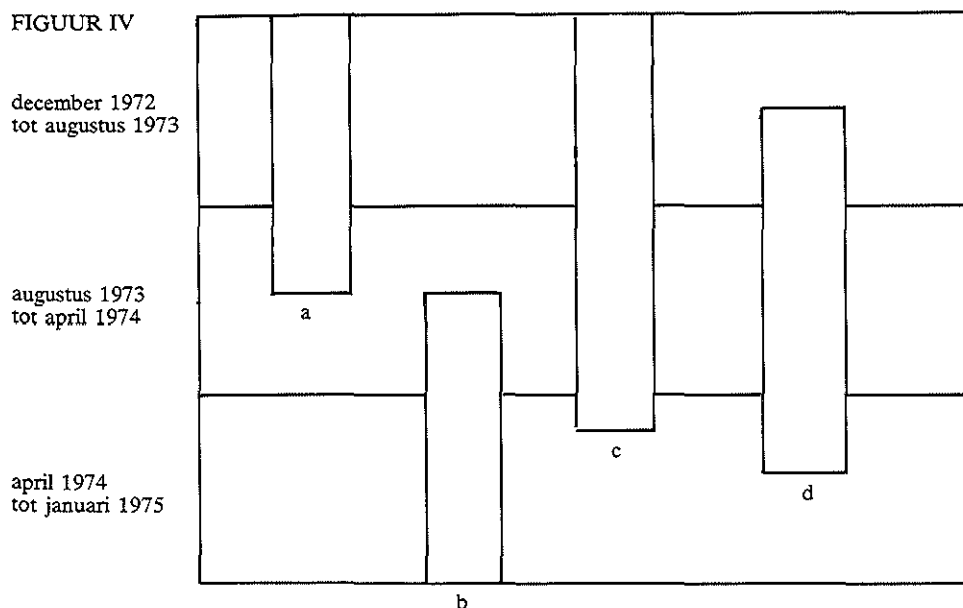
Er werd een begin gemaakt met het leggen van een gemeenschappelijke formele basis voor het team.

Een doelstellingendiscussie vond plaats, en afgrenzing ten opzichte van de welzijnszorg kwam op gang. Tenslotte vond in deze periode de voorbereiding van het dienstverband zijn start.

Een vereenvoudigde weergave van de mate waarin de diverse aandachtspunten verdeeld zijn over de drie periode is gegeven in figuur IV. De balken I t/m IV geven slechts aan dat dit aandachtspunt *extra veel* aandacht kreeg van het team, wat niet

betekent dat dit punt in een andere periode in het geheel geen aandacht kreeg. Vooral de verslagen van de kernteamvergaderingen functioneren in dit opzicht als een zeef.

FIGUUR IV



- a = inhoudelijke afstemming van beroepsrollen en taken van de diverse disciplines.
- b = streven naar autonomie en een vaste plaats voor het team als totaliteit binnen het gezondheidszorgsysteem.
- c = interne organisatie en aanpassing aan het gebouw als voorziening, en uitbreiding van het team.
- d = de duur van de agogische begeleiding en extra aandacht voor de relationele aspecten en problemen binnen het team.

De beschrijving in dit hoofdstuk is aan de hand van de periodeindeling opgezet.

4. De periode van december 1972 tot augustus 1973

Naast de vele praktische organisatorische consequenties die de verhuizing naar het centrum met zich meebracht, is de voorlopige vorm van de multidisciplinaire samenwerking onderwerp van gesprek geweest op de eerste plenaire kernteamvergadering in 1972.

4.1. Werkwijze

Bespreking van het "inhoudelijke" werk moest plaatsvinden in twee groepen, in feite twee helften, die een multidisciplinaire samenstelling hadden.

Groep a bestond uit de:

- huisartsen Lamberts, Bakker en Schulten
- maatschappelijk werker Keller
- verloskundige Visman
- verpleegkundigen Zuidervaart en Bergman
- vormingswerkster ten Have.

Groep b bestond uit de:

- huisartsen Braams, van der Schoot en Riphagen
- maatschappelijk werkers Klarenberg en Bongaarts
- fysiotherapeut Buyten
- verpleegkundigen van der Veen, Heidema en van den Heuvel
- verloskundige Hordijk
- pastor Helt.

Deze groepen kwamen 1 x per 14 dagen bijeen om casuïstiek te bespreken met altemerend het "volwassen" subteam en het "jeugd" subteam van de S.P. en G.H.-afdeling die op de 2e etage van het centrum gevestigd was. Van deze besprekingen zijn maar in enkele gevallen verslagen gemaakt. Het opvallende is dat hiermee het nieuwe overleg binnen de twee multidisciplinaire subteams werd gekoppeld aan de oude samenwerkingssituatie zoals die bestond binnen de "mental health consultation" besprekingen van vroeger.

De beslissing om in twee teamhelften te gaan werken was genomen op tactische gronden. Het team was van mening dat casuïstiek besprekingen alleen mogelijk waren in een kleine groep die bovendien als zodanig meer kans had om voltallig te zijn.

Het nadeel was dat op deze wijze een scheiding in het team werd aangebracht die niet in de dagelijkse samenwerking tussen de hulpverleners bestond. Het werk en de daarbij samenhangende contacten en relaties stoorden zich vanzelfsprekend niet aan deze indeling.

Wanneer een van de leden van groep a een patient naar een andere hulpverlener verwees die toevallig in groep b verkeerde, beperkte dat het overleg tot een ad hoc contact, bijvoorbeeld tijdens de gezamenlijke ochtendkoffie. De leden van die groepen waren door de interactie in de groep minder op elkaar ingespeeld dan op de leden van de andere groep.

Een andere versterking van dit min of meer gescheiden systeem ontstond, toen de agogische begeleiding door het I.V.C., alweer op praktische gronden, plaats ging vinden volgens hetzelfde systeem van twee afzonderlijke groepen. Het kernteam hield in deze periode slechts een klein aantal plenaire vergaderingen.

Daarbij kwamen voornamelijk gezamenlijke organisatorische aspecten aan de orde, zowel in praktische als in structurele zin. Deze aspecten betroffen de instellingen voor maatschappelijk werk en de in een ver stadium van fusie verkerende stedelijke kruisverenigingen.

De afspraak was gemaakt om de werkwijze in twee groepen na de zomer van 1973 te evalueren. De twee groepen en de daarmee samenwerkende S.P. en G.H.-subteams zouden ten behoeve van een plenaire vergadering die gepland was eind augustus, schriftelijk rapporteren.

Als hoofdpunten van de rapportering kwamen uit de bus:

- er is weinig animo bij de teamleden om deze manier van werken voort te zetten.
- organisatorische punten kunnen niet besproken worden.
- de aanwezigheid van de S.P. en G.H.-hulpverleners bepaalt het gespreksonderwerp in te sterke mate.
- de onderlinge samenwerking binnen het team krijgt onvoldoende gestalte.

Ook de vertegenwoordigers van de S.P. en G.H.-subteams uitten dergelijke bezwaren.

Er werd vanuit de groepen voorgesteld om per groep tweemaal per maand bijeen te komen, waarvan eenmaal in aanwezigheid van een van de twee psychiatrische teams. Daarnaast zou het plenaire team 1 x per 3 maanden moeten vergaderen. Bij deze teamvergadering bleken veel problemen van allerlei aard te bestaan.

In een gespannen sfeer bleken diverse disciplines en personen onvrede over de werkwijze te hebben. De verloskundigen voelden zich geïsoleerd door het ontbre-

ken van voldoende raakvlakken tussen hun werk en dat van de andere disciplines. Zij voegden er aan toe dat naar hun mening de begeleiding door het I.V.C. nutteloos was.

De maatschappelijk werkers en met name de twee nieuwkomers vonden de verwijssituatie onduidelijk en misten grondige bespreking van gevallen.

Ook de wijkverpleegkundigen hadden behoefte aan meer casuïstiek besprekingen om de inhoud van de samenwerking en hun eigen beroepsrol met elkaar in overeenstemming te brengen.

Zij voelden zich als discipline de mindere en vonden de mate van onderlinge communicatie tussen de disciplines onvoldoende.

Daarbij kwam dat de positie van de hoofdwijkverpleegkundige (H.W.V.) als intermediair tussen het wijkverpleegkundig-team en de instelling problemen ging opleveren.

De vormingswerker ervoer de positie van de leden van de S.P. en G.H.-subteam als onduidelijk.

Er ontstond ter vergadering aldus een hele klachtenlijst waarbij alleen de huisartsen ontbraken. Dit was niet geheel onverwacht, gezien de radspaakstructuur van de samenwerking voor 1973, met de huisarts in het midden. Tenslotte werd ingebracht dat de doktersassistenten en de wijkziekenverzorgenden bij de casuïstiekbesprekingen betrokken dienden te worden.

Op grond van deze evaluatie werd tot een nieuwe regeling besloten. Het kernteam zou eenmaal per 14 dagen 's avonds gaan vergaderen.

Eenmaal per maand zouden de twee groepen met de S.P. en G.H.-subteams vergaderen. De dokterassistenten en de wijkziekenverzorgenden zouden worden betrokken bij alle activiteiten van het zojuist ontstane kernteam. De vergadering waarin deze besluiten werden genomen markeert tevens de afsluiting van de eerste fase. De geplande confrontatie van de twee groepen in het kader van de begeleiding had op dit moment overigens nog niet plaats gevonden.

4.2. Andere ontwikkelingen

Uit de evaluatie van dit nogal rommelige tijdvak komen al een paar signalen naar voren die ook naderhand een rol zouden spelen:

- het door de wijkverpleegkundigen gevoelde gemis aan aansluiting en de daaruit voortvloeiende behoefte aan steun.
- het inwerken van nieuwe teamleden kwam in het gedrang. De fysiotherapeuten Monteny en in 't Veld, de maatschappelijk werkers Bongaarts en Keller, een tweetal wijkverpleegkundigen en om de rij te sluiten een tweetal assistentes, kwamen in de loop van 1973 het team versterken. Deelneming aan de "oude" werkwijze was merkbaar onvoldoende om als nieuwkomer een omschreven beeld van de samenwerking en dus ook een omschreven beroepsrol binnen het samenwerkingsverband te verkrijgen.
- de discipline als professionele eenheid en subgroep van het grote geheel ging zich profileren.
- de eerste fase van de agogische begeleiding had niet tot belangrijke veranderingen geleid, en de huisartsengroep die de gunstige uitgangspositie bezat, was blijven domineren vanuit die positie. (zie hoofdstuk IV, paragraaf 7).
- met een behoorlijke mate van flexibiliteit waren de interne organisatie van het team en de praktische aspecten van de samenwerking in korte tijd ontwikkeld.

5. De periode van augustus 1973 tot april 1974

De hogere vergaderfrequentie van het kernteam en de confrontatie van de twee subgroepen in de begeleidingszittingen van het I.V.C. hebben in de daarop volgende maanden veranderingen met zich meegebracht.

5.1. Einde van de mental health consultation

Wat betreft de vorm van de multidisciplinaire samenwerking werd - na 5 jaar - de consultatie door de S.P. en G.H. hulpverleners min of meer overboord gezet. Bij een peiling bleek dat een behoefte bij de teamleden aan mental health consultation zeer selectief en gering was. Wel bestond er bij alle disciplines, met uitzondering van het "oudere" deel van de huisartsengroep, behoefte aan het bespreken van gevallen. Dit zou moeten gebeuren, en is ook een aantal malen gebeurd in het grote team en naar aanleiding van een bepaald aspect van de hulpverlening, zoals de stervensbegeleiding.

De relatie met de afdeling S.P. en G.H. kwam hierdoor op losse schroeven te staan en in een gezamenlijke vergadering werd geprobeerd om de eerste lijn (het kern-team) af te scheiden van de tweede lijn (S.P. en G.H.). De werkwijze van de S.P. en G.H., voornamelijk op preventie, nazorg en zonodig op korte therapie gericht, bracht het kernteam tot de opvatting dat dit team een tweedelijns positie verkoos. Dit bleek evenwel niet de mening van de meerderheid van het S.P. en G.H.-team zelf te zijn.

In het volgende hoofdstuk komt de onduidelijkheid op dit punt nog terug.

5.2. Problemen rond de verpleegkundige discipline

De discipline wijkverpleging ging zich ontwikkelen tot een probleemgroep. Daarbij speelden twee problemen door elkaar heen. Ten eerste bleek de positie van de hoofdwijkverpleegkundige als vertegenwoordiger van de moederorganisatie een belemmering voor goede deelname van de verpleegkundigen aan het kernteam in twee opzichten. De medeteamleden bleven verstoken van informatie uit de verpleegkundige discipline (en bleven dus onkundig van eventuele problemen die daar bestonden) en het ontwikkelen van een eigen professionele verantwoordelijkheid werd bemoeilijkt door het toezien van de instelling.

Daarnaast bleken ook bij een aantal verpleegkundigen grote problemen te bestaan over de manier waarop werd samengewerkt.

Het eerste van de twee problemen zou pas in een latere fase worden opgelost, maar het tweede leidde in een emotionele vergadering van het kernteam tot het vertrek van drie verpleegkundigen.

De motivering tot dit vertrek uit het team was verschillend: één verpleegkundige vond de manier waarop men met elkaar omging liefdeloos en in strijd met haar geloofsovertuiging (een conclusie die zij voornamelijk trok op grond van de inhoud van de begeleidingszittingen), de tweede was het met de opvattingen over patiëntenzorg niet eens en verkoos de oude werkwijze, terwijl een derde het gehele proces van samenwerking te veeleisend vond.

Door het vertrek van deze drie teamleden ontstond een situatie die enerzijds moeilijk was doordat een deel van de formatie plotseling wegviel, met consequenties voor het dagelijks werk. Anderzijds had het team de gelegenheid om bij de selectie van opvolgers rekening te houden met uit de recente gebeurtenissen opgedane ervaringen.

5.3. Relatie met de bevolking - voorlichting

Het team ging zich - gezamenlijk - bezinnen op de relatie met de patienten als groep uit de wijkbevolking. In de beoordeling van de patienten was de collectivisering van de hulpverlening een rol gaan spelen, doordat het centrum een duidelijk herkenbaar object geworden was. Met name de praktijkassistenten, de verloskundigen en de wijkverpleegkundigen kregen in toenemende mate te maken met negatieve reacties van patienten t.a.v. het centrum en met name de werkwijze van de huisartsen. Het enige bestaande overlegorgaan in de wijk op dit gebied was de sectie gezondheidszorg van het wijkopbouworgaan. Het contact met deze groepering, waarop in het

volgende hoofdstuk verder wordt ingegaan, verliep slecht. Bakker opperde het idee om deze sectie om te vormen tot een projectgroep die in deze nieuwe vorm gerichter zou kunnen werken. Deze verandering is inderdaad tot stand gekomen, zonder dat overigens de hoop op een meer acceptabel niveau van overleg - minder klachtenforum en meer gesprekspartner over hulpverlening - in vervulling ging.

Omdat ook geconcludeerd werd dat de beschikbare voorlichtingsfolders niet voldeden werd omgezien naar een advies van een communicatie deskundige. Deze adviseur werd gevonden en bracht in 1974 advies uit. Op dit advies wordt in het hoofdstuk betreffende het jaar 1975 nader ingegaan.

Hier wordt volstaan met de volgende samenvatting: "de gebruiker zal het centrum in de eerste plaats zien als een nieuw en beter service instrument. De service zal daarom optimaal moeten zijn. Wanneer tegelijkertijd een andere hulpverleningsideologie wordt uitgedragen die deze service mogelijk aantast zal daardoor geen gunstig beeld van het centrum bij de gebruiker ontstaan".

Los daarvan gaven twee onderzoeken informatie over de wijkbevolking. Van het eerste, het geïntegreerd milieuonderzoek, verricht onder auspiciën van de gezondheidsorganisatie T.N.O. in opdracht van openbaar lichaam Rijnmond, waren de resultaten inmiddels bekend geworden.³¹ Daarbij bleek naast een relatief grote tevredenheid over de wijk Ommoord als woongebied ook een relatief grote mate van tevredenheid over de huisartsenhulp in deze wijk te bestaan.

Het tweede onderzoek was in de laatste fase van voorbereiding gekomen. Het betrof het Itagon/Itobaonderzoek gericht op de gebruikers van het gezondheidscentrum.⁸¹ Met name de samenstelling van de daarvoor benodigde vragenlijsten en andere aspecten van de werkwijze binnen het onderzoek hebben van het team veel aandacht gevraagd. Op de resultaten van het ITOBA onderzoek wordt in een volgend hoofdstuk nader ingegaan (hoofdstuk IV, paragraaf 9).

5.4. Relatieproblemen

Het team bleek in staat om relationele problemen te bespreken. De aandacht ging vooral uit naar een conflict tussen twee fysiotherapeuten. Niet de inhoud van dit conflict, wat tot in 1974 voortduurde, was in dit opzicht van belang, maar wel het nieuwe feit dat de andere teamleden hierbij emotioneel werden betrokken. Deze vrijere opstelling van de grote meerderheid van het team heeft de vergaderingen in de onderhavige periode nogal beïnvloed. Deze ontwikkeling is daarom wel aan te merken als de relationele golf in de ontwikkeling van het team, zoals die door van Ravenswaay en anderen is beschreven. (v. Ravenswaay e.a. 1973).⁶⁹ De inhoud van de hulpverlening is in de plenaire vergaderingen wat minder aan bod gekomen. Het inhoudelijke deel is vanaf deze periode meer op individuele en op discipline basis ontwikkeld. Dat dit tot verschillen in de werkwijze leidde is niet verwonderlijk. Deze verschillen zijn wel een aantal malen ter discussie geweest, vooral waar het de werkwijze van de huisartsen betrof. De momenten waarop dit gebeurde vielen dikwijls samen met de komst van een nieuwe huisarts, zoals in 1973 bij de komst van Van Weel.

Veel later (in 1976) zou blijken dat de onderlinge verschillen in "taal" tussen de disciplines en ook daarbinnen, nog steeds aanzienlijk waren, toen de beoordeling van een groot aantal medisch- en hulpverleningstechnische begrippen door de diverse onderzochte personen en disciplines zeer verschillend werden beoordeeld.

5.5. Nieuwe vormen van hulpverlening

Nieuwe ontwikkelingen vonden plaats in de vorm van de groepsgewijze benadering, een nazorgproject van ontslagen ziekenhuispatienten en de uitbreiding van de anticonceptiebegeleiding door de verloskundige. Met name de ontwikkeling van de groepsgewijze benadering kan worden gezien als eerste gezamenlijk product van het team. De overwegingen die bij de opzet van het groepswerk een rol speelden,

hadden onder meer betrekking op de veronderstelling dat het bijeen brengen van mensen met hetzelfde soort klacht (of ziekte) in een groep de uitwisseling van gevoelens makkelijker maakt. Daarnaast is het "zelf" doen in een groep waarbinnen geen professionele autoriteit aanwezig is, een mogelijk alternatief voor de "klassieke" hulp bij leefproblemen. De opbrengst van deze "klassieke" hulp viel immers tegen (Lamberts 1975).⁴⁸

Patienten met overgewicht, patiënten herstellend van een hartinfarct en patiënten met lichamelijke spanningsklachten werden geselecteerd voor een aantal groepszittingen onder leiding van een of meerdere leden van de intussen eveneens uit het kernteam ontstane "groepengroep". Wegens teleurstellende resultaten werden de "dikkerdsgroepen" na een aantal cycli gestaakt. (zie ook: van Bockel, e.a. 1975).¹² De "postinfarct"-groep beleefde slechts twee afleveringen, maar de ontspanningsgroepen zoals ze later gingen heten maakten een expansieve ontwikkeling door. Al in voorgaande jaren was een gemis aan een continu nazorgsysteem van ontslagen ziekenhuispatienten gesignaleerd. Het nazorgproject, opgezet door wijkverpleegkundigen en huisartsen, met eerstgenoemde discipline in de hoofdrol, ging in deze periode van start. Naderhand zouden Zuidervaart en Lamberts aan de resultaten een publicatie wijden. (Zuidervaart en Lamberts 1976).⁸⁴ Het - niet nieuwe - idee om de wijkverpleegkundigen ook zieke kinderen thuis te laten bezoeken, is ook toen niet van de grond gekomen ondanks hernieuwde pogingen.

5.6. Doelstellingen

Aan het eind van dit tijdvak ging de aandacht van het team zich meer richten op doelstellingsformulering en planning, zoals die zouden moeten leiden tot een formele eenheid van het gehele team.

6. De periode van april 1974 tot januari 1975

6.1. Doelstelling kernteam

Nadat in de voorafgaande fase inhoudelijke aspecten, althans voorzover het de weergave in de gebruikte bronnen betreft, bij de teamactiviteiten wat op de achtergrond was geraakt, is in deze derde fase een mijlpaal bereikt. Na voorwerk van diverse disciplines en een aantal plenaire vergaderingen over dit onderwerp, kwamen het kernteam en de disciplines tot het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen. Deze doelstellingen worden hier integraal weergegeven:

"Doelstellingen van het kernteam.

Het kernteam werkt vanuit het wijkgezondheidscentrum Ommoord, zoveel mogelijk in onderlinge samenwerking doch met behoud van ieders professionele verantwoordelijkheid. Het kernteam richt zich op het tot stand brengen van een eerstelijns hulpverlening voor mensen binnen het sociale verband waarin zij in Ommoord leven. Het kernteam stelt zelf de inhoud van deze eerstelijns hulpverlening vast en bepaalt daarmee ook haar eigen samenstelling. De werksoorten die gezamenlijk het kernteam vormen onderhouden met elkaar een horizontale relatie.

Het kernteam bepaalt zelf de wijze waarop de hulpverlening vanuit het wijkgezondheidscentrum georganiseerd wordt en wordt daartoe bijgestaan door een manager met een bepaald aantal functies".

6.2. Doelstelling wijkverpleegkundigen

"Vanuit de verpleegkundige discipline met zijn eigen mogelijkheden en beperkingen, stellen wij ons ten doel de patient/client te helpen zijn zelfstandigheid te bevorderen, te bereiken, in stand te houden en voor zover dit mogelijk of wenselijk is, zich in eigen milieu te kunnen handhaven.

Wij richten ons op somatische, psychische en sociale problematiek vanuit de ver-

pleegkundige discipline:

- curatief
- preventief
- positief.

Dit doel trachten wij te bereiken door multidisciplinair samen te werken en daarvoor ook een gezamenlijke, gedeelde verantwoordelijkheid te dragen”.

6.3. Doelstelling assistentes

”Het als assistente de patienten en overige bewoners van Ommoord zo open en goed mogelijk kennis van zaken tegemoettreden waarbij de doelstellingen van de groepspraktijk vooral als richtsnoer zullen dienen. Tevens een goede verstandhouding binnen de groep van assistentes met een gezamenlijke verantwoordelijkheid en goede verstandhouding naar de andere disciplines”.

6.4. Doelstelling huisartsen

”Het als huisarts nastreven van een eerstelijns gezondheidszorg welke gericht is op de gehele leefsituatie van de mens in het sociale verband waarin hij in Ommoord leeft. Bij de hulpverlening komt de gehele leefsituatie waarin de mensen verkeren zoveel mogelijk aan de orde en strekt zich liefst in de tijd uit, waarbij het bestaan van het probleemgedrag en de leefproblematiek zoveel mogelijk wordt duidelijk gemaakt. Deze zorg wordt door de huisartsen in het verband van de groepspraktijk gegeven”.

6.5. Doelstelling verloskundige

- ”a. een optimale uitvoering van de verloskunde, zowel in praktische als in voorlichtende en begeleidende zin.
- b. voorlichtende en praktische taak op het gebied van de anticonceptie.
- c. het scheppen van een optimaal werkklimaat voor a en b door bevordering van de samenwerking met de overige hulpverlening”.

6.6. Doelstelling fysiotherapeuten

”Het als heilgymnast-masseur of fysiotherapeut nastreven van hulpverlening waarbij niet slechts somato-technische vaardigheden ter behandeling van een ziekte of afwijking benadrukt worden maar waarbij de persoonlijkheid van de patient en de relatiestructuur waarin hij verkeert mee betrokken wordt”.

6.7. Doelstelling algemeen maatschappelijk werkers in Ommoord

”Het maatschappelijkwerk-team Ommoord streeft naar het zo goed mogelijk, procesmatig werken met mensen en groepen van mensen, die verstrikt zijn geraakt in hun relationele problemen van welke aard dan ook. Hiermee beogen wij dat de client zich beter bewust wordt van zijn eigen persoon in relatie tot de ander en de maatschappij, om zo mogelijk tot gedragsverandering te komen. Daarnaast willen wij ons in belangrijke mate bezighouden met een stuk preventie. Dit wil o.a. zeggen: meedenken met andere disciplines in de welzijnssector, het signaleren van groeibemlemmerende structuren enz., om daar gezamenlijk iets aan te doen.

Zowel het curatieve als het preventieve werk trachten wij zoveel mogelijk te doen in samenwerking met de andere hulpverleners, zowel in het gezondheidscentrum als daarbuiten”.

6.8. Doelstelling manager

”Het zodanig bevorderen van het werkklimaat dat de verschillende doelstellingen uitgevoerd kunnen worden”.

6.9. Hulpverlening en dienstverlening

Behalve een diepgaande discussie aangaande de inhoud van het eigen werk en van de samenwerking met andere disciplines, heeft ook een bezinning plaatsgevonden op hulpverlening in het algemeen.

Dit is gebeurd in het kader van een aantal gesprekken met het vormingscentrum (Vormingswerk in Alexanderstad), een van de representanten van de welzijnssector. Een (voorlopige) afgrenzing ten aanzien van de S.P. en G.H.-hulpverleners als tweedelijns instelling voor gezondheidszorg had, zoals beschreven al eerder plaatsgevonden. De vormingswerkster die als vertegenwoordiger van de welzijnssector en het vormingsinstituut V.I.A. de kernteamvergaderingen bijwoonde, gaf aan het eind van deze discussie over hulpverlening een heldere typering van hulpverlening en dienstverlening:

"Hulpverlening wordt gekenmerkt door verantwoordelijkheid aan beide zijden van de tafel. Hulpverlening betreft de integrale aanpak van problemen en behoort afgestemd te zijn op wat nodig is en niet uitsluitend door wat de hulpvrager wil. Aldus herbergt hulpverlening een potentieel conflict".

Dienstverlening wordt als volgt gekenmerkt: "de verantwoordelijkheid ligt hier aan één kant van de tafel en dienstverlening vindt vaak plaats in een hiërarchische structuur, is fragmentarisch en behoort afgestemd te zijn op wat de vrager verlangt. Als zodanig wordt dienstverlening gekenmerkt door het harmonieprincipe".

Het team koos in het licht van deze formulering in grote meerderheid voor hulpverlening.

6.10. Hulpverlening en maatschappij visie

In 1975 zou het dezelfde vormingswerkster zijn die de discussie over de relatie tussen politieke en maatschappelijke opvattingen en hulpverlening op gang bracht. Het gesprek met het vormingsinstituut Vormingswerk in Alexanderstad (V.I.A.), in die periode een nogal geïsoleerde instelling met een relatief hoge drempel, spitte zich daarnaast toe op het inpassen in de hulpverlening van confrontatie van de maatschappijbeelden van hulpvrager en hulpverlener. In dat stadium van de ontwikkeling van het kernteam kwamen de teamleden tot de voorlopige veronderstelling dat wanneer deze maatschappijbeelden zeer sterk van elkaar verschillen, dit verschil het hulpverleningsproces niet bevordert, terwijl als het verschil klein is er geen stimulans vanuit gaat.

In 1974 is het kernteam met deze gedachtevorming niet verder gekomen. Ten onrechte zou daardoor de indruk ontstaan dat het team van mening was dat alle activiteiten ontplooid in de welzijnssector, waar ook de sociale raadsman en het dienstencentrum toebehoorden, automatisch vallen onder "dienstverlening". Wel geeft de weergave in de verslagen aan dat het gezondheidscentrum en het communicatiecentrum waarin de diverse takken van de welzijnszorg gevestigd zijn, uit elkaar gegroeid waren.

6.11. Bijkomende ontwikkelingen

De doelstellingsdiscussie en formulering doelstellingen waren bespoedigd door twee factoren.

6.11.1. Stichting Kernteam

De oprichting van de Stichting Kernteam als eerste formalisering van de samenwerkingsafspraken tussen de disciplines. Deze stichting was ook nodig om het subsidie van de rijksoverheid voor samenwerkingsverbanden te kunnen incasseren.

6.11.2. Voorbereiding dienstverband

Ook een aantal andere stappen naar een formele eenheid van het team was genomen. In een aantal nota's en interne stukken, ondermeer van de secretariaat afdeling

voor volksgezondheid van het stadhuis, was gepreludeerd op de mogelijkheid van dienstverbanden voor het hele team, bijvoorbeeld in de vorm van een beheerscommissie of in de vorm van een aanhaking van het gezondheidscentrum bij de G.G. en G.D.

Deze ontwikkelingen, door Lamberts in gang gezet, brachten veel onrust binnen het team tweeweg. Met name het hoge tempo waarin een en ander gebeurde en de streefdatum die werd gesteld, januari 1975, droegen daartoe bij.

Bij de vrije beroepsbeoefenaren, voornamelijk de huisartsen, maar ook bij de fysiotherapeuten en verloskundigen stond bescherming van de inhoud van de hulpverlening en van het ontwikkelingswerk, door het verminderen van zorgen over de exploitatie van het centrum als motief voor het dienstverband voorop.

Maar bij de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers werd door de discussie over het dienstverband, de relatie met de achterban, de instellingen, aanleiding tot de keuze: bij het kernteam horen, met verbreking van de banden met de moederorganisatie, of de omgekeerde situatie. In eerste instantie haakten beide disciplines dan ook duidelijk af, zoals blijkt uit de kernteamverslagen en de evaluatie van de activiteiten van het maatschappelijk werk over 1973 en het begin van 1974. Tot verbazing en ongenoegen van de begeleidend maatschappelijk werker bleken de maatschappelijk werkers uit het centrum echter spoedig de keus ten gunste van het kernteam te maken. Deze keuze heeft de disciplines en het gehele team een problematische relatie met de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam bezorgd, die inmiddels niet is verbeterd. Met name bij de opvolging van Keller die eind 1974 om persoonlijke redenen het team verliet, zou dit moeilijkheden op gaan leveren. De gedane keus was er echter niet minder duidelijk om: "Het algemeen maatschappelijk werk in Ommoord wordt verzorgd vanuit het gezondheidscentrum als onderdeel van het kernteam".

Bij de wijkverpleegkundigen is dit proces niet zo snel verlopen. Er speelde dan ook bij deze discipline een aantal andere problemen mee. In de eerste plaats had de ontwikkeling in 1973 mutaties veroorzaakt, waardoor nieuwe collega's ingewerkt moesten worden. In de tweede plaats waren er interne conflicten tussen de verpleegkundigen en een toenmalige hoofdwijkverpleegkundige. Door deze twee problemen was de aansluiting bij de overige disciplines in het team nog meer vertraagd dan tevoren al het geval was. Er is zeer veel energie en ook extra "agogische begeleiding" besteed aan vooral de inhoudelijke afstemming en de homogeniteit binnen de groep van verpleegkundigen. De keuze voor het kernteam of voor de instelling kwam dan ook voor de verpleegkundigen op een ongelegen tijdstip.

6.12. Crisis bij de wijkverpleegkunde

Doordat de hoeveelheid van vooral het curatieve werk sterk toenam en de bezetting onvoldoende werd geacht, ontstond er aan het eind van 1974 een crisis. Drie wijkverpleegsters dienden hun ontslag in en aan dit verslag werd veel ruchtbaarheid gegeven, zodat de motivering via de plaatselijke pers naar buiten kwam:

"het landelijke en stedelijke personeelstekort werd in Ommoord nog groter geacht dan elders. Er bestond te weinig samenwerking met en steun van de S.S.R.K. Door deze twee factoren bleef er in het team te weinig tijd over voor samenwerking". Zowel het functionarissencontact als de sectie welzijnszorg van het wijkopbouworgaan, traden naar aanleiding van dit punt naar buiten met ondersteunende acties. Op zichzelf hebben deze acties wel succes gehad: er kwam inderdaad personeelsuitbreiding. De keus echter tussen verdere incorporatie van de discipline in het kernteam met een voornamelijke logistieke verbinding met de S.S.R.K. en het oude systeem van de twee loyaliteiten, werd er niet door bespoedigd.

Het niet geheel oplossen van het keuzeprobleem heeft geleid tot het vertrek van een

van de wijkverpleegkundigen, die naderhand als praktijkverpleegkundige bij de groepspraktijk in dienst trad.

6.12.1. De positie van de Hoofdwijkverpleegkundige (H.W.V.)

Ook de functie van de H.W.V. bleef een omstreden punt. Het vertrek van de H.W.V. en het tot nu toe niet vervuld zijn van deze vakature, maakt het vraagstuk van deze functie weliswaar theoretisch, maar bleef de aandacht van de groep wijkverpleegkundigen houden.

In meerderheid bleken de wijkverpleegsters tenslotte inhoudelijke en organisatorische ondersteuning te wensen op momenten dat zij dit zelf nodig oordeelden (een nieuwe formulering van de oude "roep" om professionele steun).

6.13. Mutaties bij de huisartsen

De disciplines die een vrij beroep uitoefenden, hadden in Lamberts een onderhandelaar die zijn opdracht en onderhandelingsmarge in overleg bepaalde. Het bleek tenslotte voor huisarts Marijke Schulten onaantrekkelijk om in het dienstverband mee te gaan. Dat kwam de groepspraktijk op de derde mutatie in een jaar tijd te staan.

Na Chris van Weel was Nils Wolgast als zevende huisarts gekomen. Hij was tevens de eerste in het centrum opgeleide artsassistent geweest. Nu werd door het aanstaand vertrek van Marijke Schulten nog een derde mutatie nodig. In Wim van Dijk werd tenslotte de achtste huisarts aangetrokken.

6.14. Ontstaan van de managementfunctie

Gelijktijdig met de activiteiten rond de oprichting van de stichting en de voorbereiding van het dienstverband is ook de managementfunctie in het team verder ontwikkeld en daarmee ook de rol van Marjo Lamberts als toekomstig praktijkcoördinator. Het team omschreef de managementfunctie wat meer gedetailleerd dan in de zoëven weergegeven doelstellingsformulering is gedaan:

- ondersteuning bij de beleidsvorming
- toezien op - en hulp bij de beleidsuitvoering
- bewaking van overleg binnenshuis en ook met groeperingen en instanties buitenshuis
- personeelsbeleid, voorlopig het personeel dat in dienst was bij de groepspraktijk
- het bewaken van de financiën.

Bij het ontwikkelen van het team als organisatie zijn de werkzaamheden in dit kader en vooral in 1974 sterk toegenomen.

In deze periode werd bijvoorbeeld ook de sollicitatie-procedure voor nieuwe kern-teamleden schriftelijk vastgelegd en werden afspraken gemaakt over de voorwaarden waaronder stagiaires in het ventrum toegelaten zouden worden.

Na een aantal kritieke onderhandelingen met de gemeente over primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden stond tenslotte de realisering van een dienstverband voor huisartsen en hun personeel, verloskundigen en fysiotherapeuten met hun assistierend personeel, en twee nieuwe functionarissen: de praktijkverpleegster en de praktijkcoördinator, voor de deur. De maatschappelijk werkers en de verpleegkundigen bleven bij hun "oude" werkgevers in dienst. Overleg tussen de drie werkgevers, de kruisvereniging, het maatschappelijk werk, de gemeente Rotterdam en het kernteam zou nader worden geregeld.

6.15. Einde van de begeleiding

Na een aantal gezamenlijke gesprekken tussen het I.V.C. en het kernteam werd, ondermeer naar aanleiding van het evaluatie-verslag van het I.V.C. over het verloop van de begeleiding, besloten de begeleiding te stoppen. Zinvolle voortzetting zou

zich, met name volgens Bakker, moeten richten op het functioneren van de individuele teamleden in hun werksituatie.

7. Conclusies ten aanzien van de teamontwikkeling

Ter afsluiting wordt een aantal opmerkingen gemaakt over de algemene ontwikkeling die het team in deze periode doormaakte.

Tevens wordt een aantal in deze periode duidelijk geprofileerde rollen van individuele teamleden vermeld.

Het zijn met name de inspanningen en de initiatieven ten aanzien van de doelstellingsformulering, en de in gang gezette formalisering van de teamstructuur geweest, die tot de teamvorming in deze periode hebben bijgedragen. Aan de hand van de discussie over deze onderwerpen zijn diverse beroepsrollen op elkaar afgestemd en is men tot wederzijdse acceptatie gekomen.

Ook is de basis gelegd voor het formuleren van gezamenlijke verantwoordelijkheden, en daaruit voortvloeiende taken en activiteiten.

Het valt te betwijfelen of de agogische begeleiding aan dit proces veel heeft bijgedragen. Er hebben zeer zeker relationele problemen een belangrijke rol meegeïnspeeld en er is gedurende een periode binnen deze twee jaar min of meer systematisch aandacht besteed aan de relationele aspecten.

In de machtsverhoudingen binnen het team is aan de wat dit betreft dominerende positie van de huisartsen en met name die van Lamberts weinig veranderd. Een nieuwe drager van leiderschapsfuncties is daarbij gekomen: de manager, die nu nog vooral regulerend en controlerend werkzaam was. Het leiderschap is, ondanks de beginnende ontwikkeling van het kernteam als organisatie, informeel van aard gebleven.

Een aantal individuele rollen is in de loop van de derde fase van deze periode duidelijk, of nog duidelijker dan tevoren, geworden.

Hoewel nog niet formeel de leider, is toch de positie van Lamberts als initiatiefnemer ook ten aanzien van het dienstverband aanmerkelijk versterkt. Mede door zijn tempo zijn in 1974 met name de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen onder druk gezet, wat dan ook leidde tot frustraties en onbehagen bij deze disciplines. De andere huisartsen, met uitzondering van Schulten die haar vertrek aankondigde, traden niet zo duidelijk op de voorgrond. De fysiotherapeuten, nu drie in getal, kregen ook weinig rust toen de noodzakelijke beslissing over het dienstverband kort na het luwen van het interne conflict binnen deze discipline genomen moest worden.

De tweede verloskundige, Joke Hordijk, distantieerde zich steeds verder van het teamgebeuren, zodat Rita Visman, die in 1974 haar werk in de wijk Alexanderpolder staakte, in het team vrijwel alleen stond.

De relationele problemen in de discipline wijkverpleging die mede een aanleiding vormen tot polarisatie, bleven tot in 1975 bestaan.

De wijkverpleegkundigen beschouwden de functie van praktijkverpleegster en de persoon die deze functie ging vervullen aanvankelijk met enig wantrouwen.

Een andere nieuwe rol die zich dit jaar uitkristalliseerde was die van de praktijkcoördinator, die in deze vorm in deze fase een bindend en stimulerend element in het team bleek te zijn.

Bij de afsluitende gesprekken in het kader van de begeleiding door het I.V.C. signaleerde een van de begeleiders een op handen zijnd mogelijk "machtsconflict" tussen Marjo en Henk Lamberts.

Met deze laatste fase is de "organisatiegolf" in de ontwikkeling van het team in Ommoord gestart. Deze golf zet zich voort in 1975.

Veel van beschreven ontwikkelingen die elkaar in snel tempo opvolgden zijn in de situatie van 1975 bezonken en komen dan ook terug in het volgende hoofdstuk.

HOOFDSTUK IV

HET JAAR 1975

1. Inleiding

Het jaar 1975 is ook voor dit verslag van grote betekenis geweest. In de ontwikkeling van het samenwerkingsverband is in dit jaar een overzichtelijk stadium bereikt mede doordat de voor het verslag aanwezige bronnen in dit jaar het meest omvangrijk zijn. In de rapportage over dit jaar wordt wel eens de tijdgrens in retrograde zin overschreden, net zoals dat in de voorgaande hoofdstukken in omgekeerde richting wel is gebeurd. De reden hiervoor is dat een aantal aspecten bij een beschrijving per jaar onvolledig en fragmentarisch tevoorschijn zou komen.

Door de uitgebreidheid en de volledigheid van het bronnenmateriaal zal in dit hoofdstuk ook de driedelige vraagstelling (zie Hoofdstuk I) aan de orde komen. Deze vraagstelling betreft de taakaspecten, de relatie- of persoonsaspecten en de relevante externe factoren.

Bij de beschrijving van de afzonderlijke aspecten van de teamsamenwerking in Ommoord, moet steeds worden bedacht dat het hier gaat om een bronnenonderzoek waarbij uiteraard wel commentaar en interpretatie van de auteur komt, maar waarbij toch de broninformatie de primair bepalende factor is.

De concepten van de paragrafen in dit hoofdstuk zijn voorgelegd aan de kernteamleden om via discussies in de disciplines en in het team de intersubjectiviteit te garanderen. Met name in de paragrafen over de doelstellingen, die over de individuele rollen en die over beroepsrollen (rolaspecten van taakgericht gedrag), heeft dit proces in twee trappen: eerst overleg met de disciplines en daarna plenair overleg in het team, tot niet onaanzienlijke veranderingen in de tekst geleid. Vanwege de lengte van dit hoofdstuk wordt de indeling hieronder weergegeven, gegroepeerd zoals in Figuur III, pagina 33:

taakaspecten:

2. communicatie
3. doelstellingen
4. professionele aspecten
5. rolaspecten van taakgericht gedrag
6. organisatie

persoonsaspecten

7. relatie-aspecten
8. individuele invulling van rollen en leiderschap
9. de externe factoren.

Waar dit relevant (op grond van de historie na 1975) geacht werd is bij sommige onderdelen iets van de verdere ontwikkeling aangegeven.

De nummering correspondeert met die van de hierna volgende paragrafen.

2. Communicatie

Negentien vijf en zeventig was het jaar waarin een communicatie-onderzoek binnen het gezondheidscentrum werd uitgevoerd. Daarin werd door Lamberts een schets gegeven van het dagelijks patroon van communicatie tussen de hulpverleners van de

diverse disciplines over patiënten/cliënten (Lamberts 1976).⁵⁰ Communicatie kreeg in deze periode veel aandacht. De vaste gelegenheden voor communicatie binnen het team waren de volgende:

- 1) de ochtendkoffie
- 2) de wekelijkse groepsvergaderingen van de diverse disciplines
- 3) de veertien-daagse Kernteamvergaderingen
- 4) de casuïstiek- en consultatiebesprekingen met de afdeling S.P.G.H., en met de kinderpsychiater
- 5) de vergaderingen binnen de zogenaamde groepengroep
- 6) ad hoc-besprekingen.

2.1. De ochtendkoffie

Het artikel "Praten over patiënten" geeft aan wat de omvang, aard en richting van de communicatie over de praktische hulpverlening was (Lamberts 1976).⁵⁰ De meest omvangrijke dagelijkse communicatie vond blijkens dit onderzoek plaats tussen de huisartsen enerzijds en de wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten anderzijds. Deze dagelijkse communicatie binnen het team was vergeleken met de communicatie tussen b.v. de wijkverpleegsters en de maatschappelijk werkers met hulpverleners huisartsen buiten het Centrum, zeer uitgebreid. Tenminste wordt hierdoor onderstreept dat interdisciplinaire samenwerking een relatief intensieve communicatie over de hulpverlening aan patiënten met zich meebrengt.

Hoewel conclusies over het effect van deze meer intensieve communicatie op de hulpverlening zich op grond van deze gegevens niet laten trekken, is dit verschil een duidelijk objectief gegeven. Het aandeel hierin van het ochtendkoffie-halfuur was groot, en als organisatie-onderdeel beantwoordde de koffie duidelijk aan zijn doel. De koffiepauze vervulde nog een andere functie en wel t.a.v. de hulpverleners en een functionaris buiten het centrum: de apotheker. Hij was tenminste twee maal per week op de koffie aanwezig en ook voor de samenwerking met hem gold dat dagelijks lopende zaken bij die gelegenheid werden doorgenomen.

Meer principiële discussies zoals die betreffende de "medical audit-functie" van het onderzoek naar het voorschrijfgedrag binnen de huisartsengroep en de technische aspecten van de farmacotherapie in het algemeen, vonden plaats in de maandelijkse bespreking tussen de apotheker en de huisartsen. (Zie ook: Lamberts e.a. 1975).⁵² Naast de apotheker waren twee rayonagenten voor de wijk Ommoord wekelijks aanwezig op de koffie. Ook gasten werden dikwijls tijdens de ochtendkoffie aange troffen.

Behalve de hulpverleners buiten het centrum waren sporadisch ook hulpverleners die niet in het Kernteam maar wel in het gebouw werken aanwezig bij het koffie-halfuur. Hiermee werden bedoeld leden van het S.P.G.H.-team en de schoolarts. Vooral de laatste was in 1975 in toenemende mate actief in het leggen van contacten over de aan haar zorg toevertrouwde schoolkinderen, voorzover die patiënt waren bij één van de huisartsen van de groepspraktijk.

Het koffie-halfuur vervulde een belangrijke communicatieve functie in de teamsamenwerking, omdat naast het meer "zakelijke" ook de informele ontmoeting tussen teamleden midden in de werkdag, meer dan de formele teamvergaderingen, een direct effect had op de onderlinge verhoudingen.

2.2. De wekelijkse vergaderingen van de afzonderlijke disciplines

Behalve twee verloskundigen die voor hun dagelijkse werk sterk op elkaar waren aangewezen, en elkaar dan ook vrijwel dagelijks spraken, hadden alle disciplines een eigen wekelijkse vergadering. In al deze besprekingen kwam het disciplinebeleid met al de aspecten daarvan aan de orde. Voor elke discipline was dit het eerste niveau van overleg. Aan de orde kwamen:

- de eigen werkwijze en de uniformiteit daarin
- de onderlinge relaties
- opinievorming met betrekking tot algemene Kernteamkwesities
- besluitvorming over diezelfde kwesities
- reageren op gerichte vragen vanuit het Kernteam of een of meer van de andere disciplines.

Deze vorm van onderlinge communicatie had een min of meer besloten karakter. Een zekere bescherming werd hierdoor geboden, men kon vrijuit spreken waarbij op de achtergrond meespeelde dat de homogeniteit van elke afzonderlijke discipline, een zeer gewenste voorwaarde was in het proces van samenwerking. Met uitzondering van de huisartsendisipline, die sinds 1971 schriftelijke verslagen in de vorm van besluitenlijstjes maakte, notuleerden de disciplines hun eigen wekelijkse overleg niet. Een door alle vertegenwoordigers van een discipline ingenomen standpunt woog in de besluitvorming binnen het Kernteam zeer zwaar.

Dit had ook te maken met het behouden van een stuk professionele autonomie. Invloed en macht binnen het team vonden hun basis in deze vergaderingen. In 1975 is een verbindende schakel in dit systeem ingebouwd door het optreden van de praktijkcoördinator.

Zij nam vóór 1975 deel aan de wekelijkse besprekingen van alleen de huisartsen en had een wekelijkse lunchvergadering met de praktijkassistenten. De totstandkoming van het dienstverband met de Gemeente Rotterdam voor alle vrije beroepsbeoefenaren en de daarmee samenhangende formalisering van de diverse aspecten van de samenwerking vormden een uitbreiding van haar taak. Zij had met de andere disciplines, inclusief de wijkverpleging, werkoverleg. Daarmee is een nieuwe vorm van communicatie tot stand gekomen. Dit overleg lag in het verlengde van haar functie als coördinator van de samenwerking als geheel.

2.3. De veertien-daagse Kernteamvergaderingen

In 1975 werden zeventwintig Kernteamvergaderingen gehouden.

Deze vergaderingen hebben in dit jaar sterk in het teken gestaan van de aanpassing van de teamleden aan de nieuwe situatie die ontstaan was door het dienstverband en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de disciplines maatschappelijk werk en wijkverpleging.

De hulpverlening op zichzelf is in mindere mate dan in voorgaande jaren het onderwerp van discussie geweest in het Kernteam. De golfbeweging die van Ravenswaay, Whitlau en Hollander, constateerden en waarbij de groepsactiviteit zich alternerend richtte op het werk zelf, de onderlinge relaties en de organisatie van de samenwerking, heeft in 1975 in Ommoord in de organisatiefase verkeerd (van Ravenswaay e.a. 1973).⁶⁹

Dit blijkt onder meer uit het volgende overzicht waarin de onderwerpen die in het Kernteam in 1975 aan de orde zijn gekomen ondergebracht zijn in vier categorieën, waarbij overlapping bij een aantal van deze onderwerpen heeft plaatsgevonden.

2.3.1. De hulpverlening

Van deze categorie werden besproken:

- hulpverlening aan terminale patiënten en in een volgende fase de begeleiding van de nabestaanden;
- benadering van leefproblemen, vooral naar aanleiding van het follow-up onderzoek naar het expliciteren van probleemgedrag;
Dit onderwerp werd tweemaal uitgebreid besproken.
- daarmee samenhangend vond een discussie plaats over het werken met patiëntengroepen als één der koerswijzigingen bij de benadering van leefproblemen door de hulpverleners van het Kernteam;

Bij deze discussie werd ook het functioneren van de fysiotherapeuten in dit verband aan de orde gesteld.

- tweemaal werd ook gesproken over de betekenis en wenselijkheid van de consultatiebesprekingen met de kinderpsychiater binnen de zogenaamde casuïstiekvergaderingen;
- de werkbelasting van de diverse disciplines en hulpverleners;
- in twee vergaderingen tenslotte is uitgebreid gesproken over politieke stellingname in de hulpverlening. Deze discussie werd gehouden n.a.v. een notitie van de in 1975 vertrokken vormingswerkster, die tot dan toe als schakel met de welzijnssector, geconcentreerd in het communicatiecentrum, de Kernteamvergaderingen bijwoonde, en deelnam aan de "groepengroep". Zij stelde twee polen tegenover elkaar: de "links liberale vormingstheorie" waarin er vanuit gegaan wordt dat door verbetering van en hulpverlening aan het individu een verbeterde maatschappij tot stand kan komen. Hulpverlening volgens dit principe behoeft niet bij te dragen tot verdere "medicalisering" en kan ook leiden tot deprofessionalisering, en het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid van patiënten t.a.v. gezondheid en ziekte. Daartegenover werd een "concreet socialistisch" standpunt gesteld, waarin de strijd tussen de onderliggende en bovenliggende klassen in de maatschappij als enige kan bijdragen tot een verbetering van de samenleving. Van de éérentwintig aanwezigen "kozen" veertien de eerste mogelijkheid, vijf de tweede en onthielden zich twee van deze keuze. Deze ruwweg tot stand gekomen stemverhouding mag in betekenis niet worden overschat, en geeft hooguit een indicatie van een situatie op dat moment. Naar deze keuze is niet bewust toegewerkt; er was sprake van een incidentele en min of meer toevallige opiniepeiling. Al met al kwamen deze zes onderwerpen tezamen negen keer in de vergaderingen in bespreking.

2.3.2. De interne organisatie

Organisatorische aspecten van het dagelijks gebeuren in het Centrum werden naar aanleiding van de volgende onderwerpen besproken:

- de samenwerking met de S.P. en G.H.-afdeling op de tweede etage van het Gezondheidscentrum was tweemaal onderwerp van discussie.
- de organisatie van de verloskundige zorg gegeven vanuit het Centrum, werd eveneens tweemaal besproken.
- organisatie van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, ook bij twee gelegenheden onderwerp van gesprek.
- organisatie van het werken met patiëntengroepen.
- organisatie van de samenwerking met de schoolarts.
- de uitvoering van het communicatie-onderzoek (In totaal driemaal een onderwerp van gesprek).

Tezamen zes onderwerpen die in totaal elf keer op de agenda van het Kernteam in 1975 voorkwamen.

2.3.3. De organisatorische aspecten van de samenwerking met de "achterban":

De Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (S.S.R.K.), de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (S.M.W.R.) en de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (G.G. en G.D.) waren de drie werkgevers van de hulpverleners in het Gezondheidscentrum. De relatie met de werkgevers kwam aan de orde naar aanleiding van:

- de samenwerkingsovereenkomst met de S.S.R.K.
Het probleem van de detachering en problemen ten aanzien van de functie van de hoofdwijkverpleegkundige (In totaal vier maal een onderwerp van gesprek).
- de samenwerkingsovereenkomst met de S.M.W.R., en de posities van de maatschappelijk werkers in de Stichting Kernteam, mede naar aanleiding van de

vervulling van de vacature bij het maatschappelijk werk die ontstond met het vertrek van een maatschappelijk werker (In totaal werd zes maal over deze problematiek gepraat).

- de betekenis en het functioneren van het Orgaan als overlegniveau tussen vertegenwoordigers van het Kernteam, vertegenwoordigers van de S.M.W.R., vertegenwoordigers van de S.S.R.K. en de G.G. en G.D.

Het functioneren van het Orgaan op zich werd tweemaal uitvoerig besproken in het Kernteam (zie ook Par. 9 van dit hoofdstuk).

- aspecten van de nieuwe relatie van de voormalige vrije beroepsbeoefenaars uit het Kernteam met de G.G. en G.D. en het ontstaan van de nieuwe afdeling Gezondheidscentrum Ommoord. In totaal werd hierover tweemaal uitgebreid gesproken.

In deze categorie treffen we vier onderwerpen aan die onderling een sterke samenhang vertonen en die in totaal niet minder dan veertien maal aan de orde zijn geweest.

2.3.4. De overige externe relaties van het Kernteam:

- het Itoba-onderzoek bij de populatie die door het Gezondheidscentrum verzorgd werd. Dit onderzoek ging in 1975 zijn eindfase in, en was vier maal onderwerp van gesprek in één van de Kernteamvergaderingen.
- de nieuw ingestelde evaluatiecommissie van de Rotterdamse gemeenteraad. De instelling van deze commissie was het gevolg van de motie die bij het tot stand komen van het dienstverband middels het gemeenteraadsbesluit, werd aangenomen en die vroeg om evaluatie na twee jaar van de nieuwe afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de G.G. en G.D. De commissie bestaande uit: de wethouder voor Volksgezondheid, de directeur van de G.G. en G.D., gemeenteraadsleden en aangevuld met afgevaardigden van de S.S.R.K., S.M.W.R., ziekenfondsen, plaatselijke huisartsenvereniging en het Kernteam, kreeg daarbij de opdracht het functioneren van deze nieuwe afdeling schriftelijk te evalueren en te rapporteren aan de gemeenteraad vóór 1 januari 1977.
- de relatie met het dienstencentrum n.a.v. problemen rond het dreigend ontslag van de assistent-leider is twee keer aan de orde geweest in 1975.
- de relatie met de projectgroep welzijnsbeleid. Deze projectgroep was, mede op initiatief van het Kernteam, voortgekomen uit de sectie dienstverlening van de S.W.O. Een bewonersavond werd georganiseerd, waarvan de follow-up mede een onderwerp van gesprek was tussen de projectgroep en het Kernteam. Twee maal beraadde het Kernteam zich in een vergadering over deze relatie.
- de relatie met het Platform van werkers in samenwerkingsverbanden in de eerste lijn in Rotterdam. Huisarts van Weel, de fysiotherapeut Monteny en maatschappelijk werker Ans Bongaarts, vormden de vertegenwoordiging. Twee maal werd dit Platform besproken binnen het Kernteam waarbij onder meer voorgesteld werd het Platform een rechtspersoonlijkheid te geven (zie verder Hoofdstuk IV, par. 9).
- éénmaal werd het contact van functionarissen aan de orde gesteld. De relatie met, en het functioneren van dit contact verkeerde in 1975 in een sluimerend stadium. De betekenis van dit gebrek aan activiteit binnen het contact is éénmaal uitgebreid, ook wat betreft de achtergronden, in discussie geweest (zie ook par. 9, Hoofdstuk IV).
- de relatie met de twee andere -vrijgevestigde - huisartsen in de wijk Ommoord. Een der huisartsen verliet het centrum op 1 januari 1975, dus op het moment dat het dienstverband voor huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen met de gemeente Rotterdam een feit werd. Zij associeerde zich eind 1975 met een nieuwe collega.
- een onderwerp wat in tegenstelling tot alle andere alleen in 1975 actueel was en

betekenis had, was de relatie met het Utrechts Nieuwsblad. Aanvankelijk leverden zoveel mogelijk Kernteamleden een bijdrage voor de wekelijkse medische rubriek van het Utrechts Nieuwsblad, waarbij het de bedoeling was om de eigen opvatting over de hulpverlening zoals die binnen het Kernteam leefde te laten doorklinken. Na een aantal maanden ging een groepje van vier hiermee door en tenslotte bleef alleen huisarts Bakker over. (Hij publiceerde in 1976 nog steeds in het U.N.).

Uit bovenstaand overzichtje is duidelijk dat met name de derde categorie veel tijd en energie van het Kernteam gevraagd heeft, terwijl slechts vier onderwerpen binnen die categorie aan de orde kwamen.

2.4. De casuïstiekbesprekingen

In 1975 hebben weinig casuïstiek besprekingen plaatsgevonden, en dan nog uitsluitend in de vorm van consultatieve besprekingen met de kinderpsychiater, en gedeeltelijk in aanwezigheid van de nieuwbenoemde hoogleraar kinderpsychiatrie in Rotterdam.

Aan deze vergaderingen, waarbij gevallen werden ingebracht met het oog op consultatie, namen deel: drie huisartsen (Braams, van Weel, van Dijk), de twee maatschappelijk werkers, twee fysiotherapeuten en een wisselende delegatie van de wijkverpleging, meestal bestaande uit twee vertegenwoordigers van die discipline. De vraag naar casuïstiekbesprekingen deed zich van tijd tot tijd voor in 1975 en is mogelijk op te vatten als een reactie op het feit dat het team veel energie heeft gestoken in organisatie en beleid. Als zodanig kunnen dit de eerste voorboden zijn van een nieuwe "inhoudelijke golf" zoals van Ravenswaay e.a. dat hebben beschreven. Een argument voor casuïstiekbesprekingen is ook dat nieuwe teamleden op die manier beter in de feitelijke hulpverleningssituatie binnen het Kernteam ingewerkt raken. Hoewel deze vorm van communicatie kwantitatief onbelangrijk is geweest in 1975 moet niet onmogelijk geacht worden dat toch een nieuwe golf zich heeft aangekondigd.

2.5. Communicatie binnen de "groepengroep"

Deze "subgroep" van het Kernteam kende twee soorten bijeenkomsten: de eigen vergaderingen en de leertrainingen gegeven door Richard Peterson. De leertrainingen hadden als doel om de deelnemers die als groepsleider zouden gaan optreden, vertrouwd te maken met een aantal principes en technieken die behoren bij het leidinggeven aan therapeutische groepen. Beide hadden een besloten karakter en er werd in het Kernteam schriftelijk of mondeling, maar min of meer officieel gerapporteerd.

Communicatie binnen subgroepen kan een gesloten karakter hebben (Cartwright en Zander 1968).²⁰ Ook de communicatie binnen deze "groepengroep" was van een relatief gesloten aard.

Zoals reeds eerder werd vermeld heeft deze groep zowel de leertrainingen als de onderlinge relaties als het persoonlijke functioneren, onderwerp van onderlinge communicatie gemaakt.

In 1975 is er geen - van tevoren als zodanig opgezette - bijeenkomst voor het gehele team geweest, waarbij de onderlinge persoonlijke relaties binnen het Kernteam aan de orde kwamen. Dit heeft het besloten karakter binnen deze groep vermoedelijk versterkt.

Dat de groepengroep niet de enige als zodanig functionerende subgroep was zal duidelijk zijn uit wat is gezegd over de disciplinaire groepsvergaderingen. Elke discipline fungeerde in feite als een subgroep van het grote team.

2.6. "ad hoc" overleg

Voorzover dit overleg geen betrekking had op externe contacten, betrof het hier

werkgroepen binnen het Kernteam, bezig met het voorbereiden van een discussiestuk, een nota, of een brief naar "buiten".
Het aantal van deze bijeenkomsten op kleinere schaal is in 1975 evenals in de vorige jaren zeer groot geweest en wordt geschat op twee of drie per week.

2.7. **Samenvatting**

Bezien we nu het geheel van de taakgerichte communicatie dan valt op dat een complex patroon bestaat met diverse overlegsituaties waarin dezelfde personen deelnemen. Deze structuur lijkt logisch:

- iedere discipline had onderlinge communicatie, voortvloeiende uit de professionele autonomie.
Communicatie binnen een discipline kon een gesloten karakter hebben.
- iedere discipline had periodiek overleg met de praktijkcoördinator als regulator van de multidisciplinaire samenwerking.
- alle hulpverleners onderhielden een multilaterale dagelijkse communicatie die zich voornamelijk concentreerde in het koffie halfuur. Deze communicatie was informeel en primair taakgericht.
- alle hulpverleners kwamen éénmaal per veertien dagen in de Kernteamvergaderingen bijeen. Deze besprekingen waren formeel, niet à priori taakgericht, maar meestal gericht op gezamenlijke aspecten van de samenwerking zoals het beleid van het gezondheidscentrum als geheel. De kernteamvergaderingen werden voorgezeten door de praktijkcoördinator, die ook de agenda voorbereidde. De schriftelijke communicatie binnen het Kernteam werd in hoofdzaak bepaald door de notulen van de Kernteamvergaderingen.
- sporadisch vonden formele casuïstiekbesprekingen plaats die multidisciplinair en primair taakgericht waren.
- de groepengroep functioneerde middels een vrij gesloten communicatie als een subgroep binnen het grote team.

In een team betekent taakgerichte communicatie primair het tot stand brengen van een goed informatie-uitwisselingsnet binnen dat team.

Daarbij is ook het begrip "ruis" van belang (Bergsma 1971).⁷ Een optimale verhouding tussen bedoelde en niet bedoelde communicatie, waarbij de laatste vorm voornamelijk bepaald wordt door de onderlinge relatie tussen diegene die zendt en diegene die ontvangt, levert de minste ruis op.

2.8. **Commentaar naar aanleiding van de communicatie**

Beperken we ons in deze paragraaf tot het functioneren van een goed informatie-uitwisselingsstelsel, dan had de in Ommoord bestaande situatie een aantal nadelen:

- de kans bestond dat informatie niet buiten de disciplines of de groepengroep kwam. Dit kon al dan niet opzettelijk gebeuren.
- de grootte van het team en de voor sommige disciplines geldende onderlinge werkafspraken, b.v. artsgericht werken van de wijkverpleegkundige, werkten selectief; men had in het dagelijkse werk niet met alle andere teamleden in dezelfde mate te maken.
- de selectieve beperking gold ook voor de casuïstiekbesprekingen die infrequent plaatsvonden en door de meerderheid der teamleden niet werd bijgewoond.
- de Kernteamvergaderingen als formele bijeenkomsten boden voor sommige Kernteamleden een te hoge drempel om de bovenstaande twee gesignaleerde nadelen afdoende te vermijden.
- er was een informatiecategorie die qua inhoud wel "overkwam" maar die niet in het juiste kader geplaatst kon worden. Dit was zowel oorzaak als gevolg van de verschillen in geïnformeerd zijn tussen individuen en groepen.

Deze situatie werkte in de hand, dat een minderheid van Kernteamleden over meer

informatie beschikte. Dit was een rechtstreeks gevolg van het feit dat het informatie-uitwisselingssysteem ontstaan is met het gehele samenwerkingsverband en aldus in de ontwikkeling ten dienste stond voor de opbouw daarvan en naderhand een rol speelde bij het controleren van het functioneren van het samenwerkingsverband. Communicatie heeft eveneens te maken met de macht en de diverse leiderschapsfuncties binnen een groep. Het team heeft steeds een anticiperend beleid naar buiten toe gevoerd en is vooruitgelopen op een aantal ontwikkelingen, waarvan de totstandkoming van het dienstverband het voorbeeld is.

Initiatieven werden vooral door huisarts Lamberts genomen op grond van informatie die hij aanvankelijk alleen bezat en waarvan hij dan ook beter de achterliggende betekenis kon beoordelen.

Dergelijke informatie bereikte als eerste in de meeste gevallen de huisartsengroep en daarna één der betreffende disciplines of het gehele Kernteam. Deze pyramidale opbouw geeft tevens de hiërarchie binnen het team in dit opzicht weer, hoewel in theorie de basis van de pyramide, het Kernteam, de primaire macht bezat. Hoe meer men aan de top van de pyramide zat, hoe meer informatie men had, hoe meer overzicht over allerlei zaken en hoe meer macht men had.

Vaste onderdelen in 1975 van b.v. de huisartsen groepsvergaderingen waren: opinievormende discussies n.a.v. informatie, ingebracht door Lamberts, nu de leider van de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord en contact met de "buitenwereld", de G.G. en G.D., alsmede beleidsvoorbereidende discussies, met dien verstande dat het hier niet uitsluitend ging om de huisartsengroep, maar om de koers en het beleid van het Centrum als geheel. De centrale positie van resp. de groepspraktijk en Lamberts daarin, werden in dit systeem bestendigd.

Er bestonden binnen het Kernteam in 1975 twee categorieën communicatie:

- de informele communicatie over het dagelijks werk en over gemeenschappelijke zaken in de Kernteamvergaderingen.
- de formele communicatie over ondermeer beleidsmatige aspecten over samenwerking. Deze communicatie kenmerkte zich door het hebben of verkrijgen van voorinformatie en door voorbespreking in één der disciplinebijeenkomsten en met name de groepsvergaderingen van de huisartsen.

De bij de eerste vorm van communicatie al of niet optredende "ruis" had het meest te maken met de aard van de onderlinge relaties tussen de deelnemende personen.

Bij de tweede vorm van communicatie, die duidelijk samenhang met de uitoefening van het leiderschap in het team en die eveneens samenhang met onderlinge uitwisseling tussen subgroepen en verschillende discipline-overlegniveaus, was de optredende "ruis" vaker het kenmerk van de relatie tussen de diverse deelnemende disciplines. Er was dus sprake van "ruis" als vervormend element in de communicatie tussen personen, maar ook van "ruis" als storende factor in de communicatie tussen de disciplines.

Deze laatste vorm van ruis heeft te maken met professionele verschillen en met onjuiste beeldvorming.

3. Doelstellingen

3.1. De doelstelling van het Kernteam

In 1974 gaf het Kernteam zijn goedkeuring aan de gezamenlijke doelstelling en aan de per discipline geformuleerde doelstellingen die in de voorbereidingsfase van ongeveer een half jaar waren geformuleerd. In feite was dit de eerste maal dat expliciete doelstellingsformulering vanuit de disciplines en het team plaatsvond. Voor de formulering van deze doelstellingen zij verwezen naar Hoofdstuk III. (pag. 72). In de periode daarvoor heeft bij de activiteiten van de teamleden wel al een min of meer impliciete doelstelling gegolden zoals die is geformuleerd door

Lamberts (1972) ⁴⁴ in de vorm van een definitie van wijkgezondheidszorg. Opvallend is wanneer deze twee formuleringen vergeleken worden, dat de doelstelling van 1974 in zekere zin overeenkomt met het eerste deel van de daarvoor gehanteerde definitie van wijkgezondheidszorg, en dat het in het tweede deel van de definitie vermelde sociale actie aandeel niet meer expliciet is de uiteindelijke doelstelling voorkomt. Een tweede verandering, maar ditmaal in 1975, betrof een koerswijziging vooral op grond van de resultaten van het verrichte follow-up onderzoek naar de benadering van het probleemgedrag.

De doelstelling van 1974 is ook verwerkt in de Stichtingsakte van de Stichting Kernteam. De formele oprichting van deze Stichting, waarvan de volledige naam luidt: "Stichting ter bevordering van de Samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg", vond plaats in 1974.

Artikel 3 van de Stichtingsakte omschrijft het doel: "De stichting heeft ten doel het in stand houden en bevorderen van de hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg in onderlinge samenwerking voor de bevolking van Ommoord, het evalueren van de resultaten van deze hulpverlening en het op andere wijze ondernemen van activiteiten om te komen tot realisering van het voorgaande, een en ander in de ruimste zin des woords".

Behalve het werkdoel is ook het ontwikkelingswerk in de vorm van de evaluatie expliciet aangegeven. In de akte is ook aangegeven wie bestuurslid kunnen zijn:

- "1) Bestuurslid van de Stichting kunnen zijn, diegenen, die tezamen werken in het Wijkgezondheidscentrum te Ommoord in Rotterdam, voorzover zij behoren tot de disciplines van de Gezondheidszorg die door de besturen zijn vastgesteld.
- 2) Om tot het bestuur toe te treden moet men door het bestuur hiertoe zijn uitgenodigd. Een zodanig besluit vereist een meerderheid van drievierde van het aantal stemmen der zittende bestuursleden.
- 3) Een bestuurslid verliest zijn functie:
 - a. indien hij ophoudt in de bedoelde discipline binnen het wijkgezondheidscentrum werkzaam te zijn.
 - b. door roeyement van het bestuur.
- 4) Een besluit tot roeyement als bedoeld sub b van het vorige lid vereist een meerderheid van drievierde van het aantal stemmen van de zittende bestuursleden. Bij de berekening van deze breuk telt de stem van diegene ten wiens aanzien een voorstel van roeyement aan de orde is, niet mee".

In deze stichtingsakte is een, zij het ruime, maar toch formele vastlegging van de doelstellingen van het Kernteam tot stand gekomen. Een peiling naar de betrokkenheid van de Kernteamleden bij de doelstelling heeft plaatsgevonden. Daarbij bleek dat de grote meerderheid van de Kernteamleden zich maximaal betrokken achtte en ook de verantwoordelijkheid wilde nemen t.a.v. de in deze officiële akte vastgelegde doelstellingen.

Een tweede factor van belang was dat in deze Stichting en maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen zelf als bestuurslid deelnamen en dus mede beleidsbepalend waren, in plaats van hun werkgevers, de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam en de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen. Dit leverde met deze werkgeversinstellingen de nodige bestuurlijke en praktische problemen op.

Ondanks het feit dat na 1 januari 1975 t.a.v. de vrije beroeps beoefenaren en hun assisterend personeel dezelfde situatie ontstond tussen deze groeperingen en de Gemeente Rotterdam, is de Stichting blijven bestaan en bestaat heden ten dage nog.

3.2. De doelstellingen per discipline

De in 1974 geformuleerde doelstellingen kunnen worden beschouwd als voorlopige eindproducten van de ontwikkeling van de voorafgaande jaren. In 1975 heeft

toetsing van deze doelstellingen voornamelijk plaatsgevonden, toen in het Kern-team gesproken werd over de consequenties van het onderzoek naar de follow-up van de hulpverlening bij leefproblemen. Bij deze discussie, waarop elders uitgebreider wordt ingegaan, (zie par. 3.2.1.1.), waren de huisartsen, de maatschappelijk werkers, de fysiotherapeuten en de leden van de zogenaamde groepen-groep betrokken. Hoewel de accentverschuiving die het gevolg was van deze discussie in de praktijk belangrijke consequenties heeft gehad, blijft deze verandering binnen de (ruime) grenzen van de gezamenlijke doelstelling. De bronnen maken geen melding van andere fundamenteel belangrijke situaties waarbij toetsing aan de praktijk van deze doelstellingen plaats heeft gevonden. Het is daardoor niet goed mogelijk om een analyse te geven n.a.v. team- en disciplinedoelstellingen in 1975. Blijkens de ontwikkelingen in de jaren na 1975 mag worden aangenomen dat de hulpverleners zich redelijk konden vinden in de formulering en dat, na een ervaring van een aantal jaren, toetsing, en eventuele bijstelling plaats zal vinden. Dit is natuurlijk niet verwonderlijk gezien het intensieve proces wat uiteindelijk de doelstellingen heeft opgeleverd. Verdere detaillering zoals die herkenbaar is in het gehele, aan het jaar 1975 gewijde hoofdstuk, is dan ook voor een deel retrospectief doordat aangegeven wordt hoe de disciplines en de diverse hulpverleners stonden tegenover het aspect van sociale actie. De detaillering met betrekking tot de hulpverleners is gegeven voorzover de bronnen dit toelieten. Zoals zal blijken is dat beeld niet helemaal compleet.

Daarnaast komt de al eerder vermelde koerswijziging in de loop van 1975 aan de orde.

Een aantal nieuwere elementen wordt opgevoerd in de vorm van een meer gedetailleerde weergave van neven- en privédoelen. Ook bij deze categorie is de grens van het jaar 1975 soms overschreden in retrograde zin.

3.2.1. De huisartsen

3.2.1.1. De hulpverlening

Deze discipline is in belangrijke mate betrokken geweest bij de formulering van de officiële doelstelling. Ook bij de koerswijziging in 1975 met betrekking tot de hulpverlening bij leefproblemen zijn de huisartsen sterk betrokken geweest.

Het vervolg onderzoek met betrekking tot hulpverlening bij leefproblemen van patiënten, die in 1972 bij het morbiditeitsregistratie onderzoek ook leefproblematiek aanboden, leverde de volgende resultaten op:

- er bestonden onderlinge verschillen tussen huisartsen in de mate waarin bij hun patiënten "probleemgedrag" werd geëxpliciteerd.
- hetzelfde probleemgedrag (als in 1972) bleek in belangrijke mate tevoren bestaan te hebben, en te blijven bestaan na 1972 ondanks de intensieve benadering middels de multidisciplinaire hulpverlening. Gemeten naar de consultfrequentie van deze patiënten bleek de groep onveranderd hoog te blijven consumeren.
- slechts een relatief klein aantal patiënten met "probleemgedrag" bleek uiteindelijk bij de maatschappelijk werker terecht gekomen te zijn.

Met de term "probleemgedrag" wordt aangegeven die situatie waarin hulpaanvrager en hulpverlener zich in de hulpverleningssituatie expliciet bezighouden met leefproblemen van de hulpvrager (Lamberts 1974).⁴⁶

De gegevens uit dit onderzoek waren aanleiding tot discussie in het plenaire team over de validiteit van de teamdoelstelling. De discussie heeft niet geleid tot rechtstreekse verandering van deze doelstelling, maar de teleurstelling over het tot nu toe bereikte resultaat, heeft de verwachtingen over de mate van haalbaarheid van de doelstelling bij diverse artsen, met name Lamberts, Bakker en Riphagen, doen

verminderen.

De uit de discussie op dit punt resulterende "koerswijziging" in de hulpverlening hield twee elementen in:

- de huisartsen zouden trachten hun patienten met spanningsklachten op basis van leefproblemen naar een van de "ontspanningsgroepen" te verwijzen (in plaats van individuele benadering).
- patienten met spanningsklachten zouden meer dan tevoren, indien mogelijk, via een symptomatische behandeling in eerste instantie benaderd worden.

De stellingname t.a.v. sociale actie als onderdeel van het teamdoel heeft een ontwikkeling doorgemaakt. Zoals eerder bleek is het zwaartepunt van de participatie in sociale actie van de zijde van het samenwerkingsverband gevallen in de jaren 1970 - 1974, toen het contact van functionarissen nog actief was. In 1975, en daarvoor ook al in 1974, werd duidelijk dat met het wegvallen als draagvlak voor een welzijnsteam van het contact van functionarissen, ook de factor sociale actie in het teamgebeuren in betekenis afnam. Dit bleek ook bij de gemaakte "politieke keuze" tussen een op individuele hulpverlening gerichte filosofie en een op maatschappijstructuur gerichte werkwijze. De meerderheid van het team - en alle huisartsen - koos toen voor de eerste mogelijkheid. Met nadruk moet worden gezegd dat de contacten met de vertegenwoordigers van de projectgroep gezondheidszorg van het wijkorgaan, niet op te vatten is als sociale actie verricht door het team. In het laatste geval is sprake van een activiteit in het kader van de functionele relatie van het team met de door dat zelfde team verzorgde populatie.

3.2.1.2. Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde en de evaluatie van de diverse samenwerkingsvormen, zijn vanaf het begin belangrijke nevendoelen van de huisartsgroep geweest. Lamberts was de motor voor het verrichte onderzoek. Andere leden van de groep, Riphagen, Wolgast en van Dijk hebben in de projecten geparticipeerd. De interesses van Bakker en Braams en van der Schoot lagen niet zo zeer op het terrein van wetenschappelijk onderzoek. Van Weel, de zesde in de rij, nam wel zelf het initiatief tot wetenschappelijk onderzoek en was ten tijde van de afsluitperiode van dit verslag bezig met onderzoekinitiatieven, gericht op bepaalde aspecten van screening van risicogroepen in de huisartsenpraktijk.

De andere disciplines vervulden een afgeleide rol in het wetenschappelijk onderzoek. De eerste niet direct van Lamberts uitgaande initiatieven tot wetenschappelijk onderzoek bij de andere disciplines kwamen van de leden van de zogenaamde groepen-groep en betroffen de groepsgewijze benadering van de patiënten.

Naast het in het centrum zelf uitgevoerde onderzoek, werd ook aan het werk van het centrum gerelateerd onderzoek door derden verricht.

Ook bij deze categorie speelde Lamberts een beslissende rol ook waar het de methodologie en de toepasbaarheid van de resultaten betrof.

De doelstelling van het doen van wetenschappelijk onderzoek had voor Lamberts ook een individueel aspect wat voortvloeit uit zijn persoonlijke interesse.

3.2.1.3. Participatie in de opleiding tot huisarts

De doelstelling van de huisartsgroep om op enigerlei wijze te participeren in het wetenschappelijk onderzoek, dateert in meer concrete vorm van 1972. Vóór 1972 was in meer algemene zin geformuleerd dat het van belang was dat de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zoals Ommoord, hun specifieke geluid mee zouden moeten laten klinken in het onderwijs, en ook in de beroepsopleiding tot huisarts, die toen in de laatste fase van voorbereiding verkeerde. In 1972 kwam het tot meer concrete gesprekken met de medische faculteit Rotterdams Universitair en het Huisartseninstituut in oprichting (R.U.H.I.).

De eerste huisarts die in het kader van de specifieke opleiding in het centrum kwam, was in 1974 Wolgast. In 1975 werden een tweetal artsassistenten in het kader van de beroepsopleiding tot huisarts vanuit het Rotterdamse instituut in het centrum gestationeerd, respectievelijk bij Riphagen en Braams. Het contact tussen centrum en het R.U.H.I. beperkte zich in 1975 tot enkele gesprekken over de verschillende opvattingen over de hulpverlening tussen deze twee groeperingen, met name n.a.v. de morbiditeitsregistratie van de groepspraktijk.

Bakker heeft zich in deze fase ingespannen om de relatie tussen instituut en centrum te intensiveren. In 1975 werd een formele band gelegd tussen de twee groeperingen, doordat Braams een 2/10 dagtaak als huisarts-begeleider aan het universitaire huisartseninstituut ging vervullen. Braams, voor wie deze nevenactiviteit positieve betekenis had, werd tevens contactpersoon tussen het instituut en het gezondheidscentrum. Voor Braams heeft deze doelstelling in de individuele sfeer grote betekenis gehad. Voor de huisartsen Lamberts, Bakker en Riphagen heeft de periodieke aanwezigheid van artsassistenten betekenis gehad door het overbrengen van de specifieke werkwijze binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband.

3.2.1.4. **Andere nevendoelen**

Een ander nevendoel van de huisartsengroep was het op enigerlei wijze bijdragen aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Deze nevendoelstelling had zowel wat betreft participatie in onderwijs als participatie in landelijke organisaties, te maken met het laten doorwerken van de werkfilosofie van het gezondheidscentrum en met een poging tot beïnvloeding van de werkwijze van de nederlandse huisarts in algemene zin.

In dit kader paste de deelname aan de activiteiten van het Nederlands Huisartsen Genootschap (met name Riphagen en van Weel).

Ook (gedeeltelijk beëindigde) andere activiteiten van de huisartsen in de groepspraktijk hadden te maken met de beroepsgroep in breder verband, zoals de Stichting Huisartsgeneeskunde in Rotterdam (Bakker), de universiteitsraad (Bakker), bestuurslid van de Plaatselijke Huisartsenvereniging (Braams), de Stichting Groepspraktijken in Rotterdam (Braams), de landelijke werkgroep consultatie (Braams) en het lidmaatschap van de redactie-commissie "Huisarts en Wetenschap" (Lamberts). Daarnaast waren de huisartsen vertegenwoordigd in de Evaluatiecommissie Gezondheidscentra, ingesteld door de Rotterdamse Gemeenteraad (Lamberts en van Dijk), de begeleidingscommissie van het Itoba-onderzoek (Lamberts) en bij nationale en internationale huisartsenconferenties (Riphagen en Lamberts).

Een andere nevendoelstelling in dit kader is het kennismaken van en ontwikkelen van alternatieve geneeswijzen. Een voorbeeld hiervan is het aanleren van de methode van de voor medische doeleinden aangewende chinese acupunctuur. Bakker is in 1975 ook degene geweest die na een studiereis naar de Verenigde Staten, de huisartsen van de groepspraktijk in aanraking bracht met de opvattingen zoals die in Amerika leefden t.a.v. de "humanistic medicine".

3.2.1.5. **Persoonlijke doelstellingen**

Een belangrijke categorie van doelstellingen die bij ieder lid van welke groep dan ook een rol spelen is de categorie privé-doelstellingen.

Congruentie en discrepantie van privé- en groepsdoelen zijn bepalend voor het zich in meerdere of in mindere mate inspannen om het groepsdoel te bereiken. Een in sterke mate samenvallen van groeps- en privé-doelen bij één persoon geeft die persoon meer macht en deze coincidentie is dan ook binnen de groep een leiderschapskenmerk (Holten 1973).³⁹ Bespreking van privé-doelen van de huisartsen van de groepspraktijk lijdt noodzakelijkerwijs aan onvolledigheid op twee punten:

- meerdere leden hebben doelstellingen die aan andere leden van dezelfde groep niet bekend zijn, en dat ook niet altijd behoeven te zijn.
- de onderlinge relatie tussen de verschillende doelen is wisselend in de tijd en verandert ook met de situatie.

Doelstellingen t.a.v. de uitoefening van de huisartsgeneeskunde, de werkdoelstellingen dus, zijn gezamenlijk geformuleerd, niettemin is het zeer waarschijnlijk dat ook deze doelstellingen, voor zover bekend bij de andere leden van de groep, door wederzijdse beïnvloeding aanzienlijk vervormd worden door het lid zijn van de groep, in dit geval de huisartsengroep.

Teneinde een weergave van deze aspecten te kunnen geven is uiteraard schriftelijke vastlegging in een van de beschikbare bronnen nodig. Wat in het navolgende over deze doelstellingscategorie wordt vermeld is een compilatie van dikwijls zeer fragmentarische en gespreide informatie. Bij de intersubjectieve beoordeling in de groep van deze beschrijving is scherp nagegaan of de bronnen deze beschrijving toelaten en de weergegeven interpretatie rechtvaardigen.

Privé-doelstellingen kunnen in dit geval worden afgeleid van de volgende motieven van de huisartsen:

- het lidmaatschap van de groep op zichzelf, het streven naar "peerbonds".
- het maken van een maatschappelijke carrière, en in dit verband de mate van "wegwillen".
- de sociaal-economische aspecten, primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden.
- optimale omstandigheden voor het functioneren van het eigen gezin.

Wat wil de huisarts voor zichzelf?

Alle huisartsen in de groep kenden aan lidmaatschap van de groepspraktijk grote waarde toe. Zij zagen het deelnemen aan het samenwerkingsverband als een mogelijkheid om ook maatschappelijke vooruitgang te boeken, en hechtten aan een relatief hoog inkomen.

De algemene opinie in de groep is altijd geweest dat het gezin niet de sluitpost zou moeten zijn. Daarvoor was een behoorlijke portie vrije tijd onontbeerlijk. Deze verlangens waren, met uitzondering van het laatstgenoemde, echter bij de acht huisartsen hier en daar blijkens de bronnen, verschillend "genoteerd".

Zoals reeds vermeld zijn hier uitsluitend geformuleerde doelstellingen weergegeven. Het is zeer waarschijnlijk dat er sprake is van een ijsbergfenomeen in die zin, dat niet expliciet gemaakte individuele doelstellingen in de onderlinge communicatie en de besluitvorming een grote rol hebben mee gespeeld. De conclusie dat de leden van de groepspraktijk aan privé-doelstellingen een niet onbelangrijke plaats toekenden is op grond van de bronnen wel gerechtvaardigd.

Aanleiding tot explicitering van deze doelstellingen werd nogal eens gevormd door vragen als: "Hoe lang blijf ik nog, en waarom?".

De situatie waarin doelstellingsformulering, zoals hierboven beschreven, plaatsvond, was in 1975 met name de wekelijkse vergadering van de huisartsengroep. Dit hield in dat een belangrijk deel van dit proces zich afspeelde binnen het overleg van één van de disciplinaire subgroepen van het Kernteam, terwijl de andere disciplines en de vertegenwoordigers daarvan in meerdere of mindere mate onkundig bleven. Ook bij de andere disciplines, zoals zal blijken, bestond deze situatie.

De vergaderingen van het Kernteam, die in theorie de aangewezen gelegenheid vormden voor de uitwisseling van dergelijke informatie, werden voor dit doel maar in beperkte mate benut.

3.2.2. De wijkverpleegkundigen

De groep van verpleegkundigen, waarvan het mutatiecijfer in 1975 hoog was (6 van de 8 leden), heeft zich in dat jaar in belangrijke mate beziggehouden met de

verhouding tussen de eigen discipline en de werkgevende instelling. De inhoud van deze discussie die gevoerd werd binnen het zogenaamde Orgaan had rechtstreeks te maken met het bepalen van de doelstellingen. Het Orgaan was een groep die ondermeer beleidsvoorbereidend werk verrichtte t.b.v. de disciplines maatschappelijk werk en wijkverpleegkunde.

In het Orgaan participeerden vertegenwoordigers van deze discipline in het Kernteam, vertegenwoordigers van de instellingen en een vertegenwoordiger van de G.G. & G.D., de medische leider van de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord. De discussie binnen het Orgaan over het te voeren beleid, waarvan men zou kunnen zeggen dat deze zich afspeelde op structureel-organisatorisch niveau, bewoog zich rond de vraag: "Hebben de verpleegkundigen en de maatschappelijk werkers binnen het Kernteam zelf hun professionele verantwoordelijkheid of heeft de werkgevende instelling die?"

In het eerste geval zijn de verpleegkundigen, over wie het in deze paragraaf gaat, zelf bevoegd en in staat om de doelstellingen van het Kernteam al dan niet te onderschrijven en mee te bepalen. Volgens de regels van het oude contract kon alleen de instelling dat.

Het voorlopige resultaat van de discussie in het Orgaan, en in samenhang daarmee de discussie's binnen het Kernteam, was in 1975 van dien aard dat de verpleegkundigen de door hen geclaimde vrijheid de facto gekregen hebben. Zij hadden dus een gelijkwaardig aandeel in de doelstellingsformulering binnen het Kernteam en waren vrij in de eigen disciplinaire subgroep hun aandeel voor te bereiden of inhoudelijk te wijzigen.

De formulering: "De multidisciplinaire integrale hulpverlening van de bewoners van Ommoord in hun sociale systeem, met de nadruk op expliciteren van probleemgedrag", was als doelstelling voor de verpleegkundigen minder operationeel dan voor de huisartsen.

Dit verschil wordt enigszins duidelijk, wanneer gekeken wordt naar de activiteiten van de wijkverpleegkundigen met betrekking tot het gezamenlijk doel.

3.2.2.1. De kinderhygiëne

Deze activiteit omvatte het houden van consultatiebureaus, spreekuren voor zuigelingen en kleuters, dit laatste in samenwerking met de betrokken huisarts, en het afleggen van huisbezoeken bij zuigelingen en kleuters.

Bij de zuigelingenverzorging nam de verpleegkundige de centrale plaats in, omdat zij ten eerste de benodigde deskundigheid bezat, en ten tweede het voordeel had boven de huisarts dat zij in staat was de begeleiding van moeder en zuigeling te laten verlopen in de niet-medische sfeer van de eigen woning van de patiënt.

De psychosociale achtergrond van problemen rond de zuigeling was voor de verpleegkundigen eerder toegankelijk. Bij de kleuter-sprekken en de kleuterhuisbezoeken lag de nadruk van de hulpverlening door de wijkverpleegkundigen nog sterker op de psychosociale kant, en met name op de opvoedingsproblemen. Op grond van de door alle verpleegkundigen ervaren insufficiëntie om deze problemen op deskundige wijze te benaderen, en het bij deze werkwijze afwijken van het verwachtingspatroon van de patiënten, had de discipline de mening nog lang niet toe te zijn aan het gewenste resultaat.

3.2.2.2. De curatieve zorg

De accentuering van leefproblemen in de puur verpleegkundige sector uitte zich in de centrale positie van de wijkverpleegsters bij het begeleiden van chronisch zieken en stervenden en hun familie. Gezien het hoge percentage bejaarde inwoners van de wijk - $\pm 20\%$ - waren deze werkzaamheden, kwantitatief gezien, omvangrijk. Het rendement van deze veel energie vragende vorm van hulpverlening is niet schriftelijk vastgelegd.

De heersende mening van de discipline op dit punt was, dat dit element van de hulpverlening een positieve ontwikkeling doormaakte.

3.2.2.3. Nieuwe vormen van hulpverlening

Hieronder vielen, wat betreft 1975, de samen met de verloskundigen gegeven "moedercursussen" voor aanstaande moeders en vaders.

Ook viel het nazorgproject voor ontslagen ziekenhuispatiënten hieronder. Over dit laatste moet worden gezegd dat het in 1975 een sluimerend project was. De vele wisselingen binnen de groep, de structureel-organisatorische problemen met de instelling en de relationele problemen binnen het team, hebben in dit jaar zoveel aandacht opgeëist dat de nazorg, hoewel als vorm van hulpverlening niet volledig verwaarloosd, als project toch achterbleef.

Het aspect van sociale actie, wat, zoals we reeds zagen bij de huisartsen, verder op de achtergrond raakte in 1975, had voor de discipline wijkverpleging nog wel, zij het geringe betekenis.

Veelvuldige contacten in het dagelijks werk met andere sectoren van dienstverlening zoals gezins- en bejaardenhulp, het dienstencentrum en het feit dat de verpleegster aanmerkelijk meer "hoort" in de wijk dan andere hulpverleners, maakten haar betrokkenheid met de doelstelling met betrekking tot sociale actie wat groter dan die van de huisartsen. De verpleegkundigen zijn dan ook op grond daarvan actiever blijven participeren in het contact van functionarissen. Een wijkverpleegkundige staat als functionaris dicht bij de bevolking hetgeen onder meer blijkt uit het landelijk ledenonderzoek verricht door het Instituut voor Toegepaste Sociologie in Nijmegen.

Dit rapport getiteld: "Beeld en gebruik van kruisverenigingen" vermeldt dat de wijkverpleegkundige in vergelijking met de huisartsen door de bevolking gezien wordt als een functionaris met een aanmerkelijk lagere drempel (I.T.S. 1975).⁴² De ervaring in Ommoord dat de wijkverpleegkundige op een andere, meer informele wijze met de wijkbewoners communiceerde, is daarvan een voorbeeld.

Het team wijkverpleegkundigen maakte in 1975 een flinke doorstroming mee. Er werden zes reeds bestaande en ontstane vacatures vervuld.

De vele energie die deze discipline moest steken in de verhouding met de S.S.R.K. en de wisselingen binnen het team, heeft de individuele ontplooiing van de verpleegkundigen ongetwijfeld geremd.

3.2.2.4. Persoonlijke doelstellingen

Persoonlijke doelstellingen zijn blijkens de bronnen, buiten de disciplinaire subgroep nagenoeg onbekend gebleven. Daarbij komt, dat van de onderlinge besprekingen binnen de groep geen systematische verslagen zijn vervaardigd. Wel werden activiteiten ondernomen waaruit afgeleid kan worden dat dit soort doelstellingen wel degelijk een rol speelde. Een van de verpleegkundigen, nam deel aan de werkzaamheden van een contactgroep voor gezondheidscentra. Ook door het ontvangen van collegae en het onderhouden van de contacten in de eigen beroepsgroep, is het verpleegkundig team bezig geweest met het op een andere manier dan het feitelijke werk de discipline wijkverpleging als onderdeel van de "driepoot" in de eerstelijns samenwerking helpen bevorderen.

3.2.3. De maatschappelijk werkers

3.2.3.1. De hulpverlening

In 1975 waren er drie maatschappelijk werkers, Anneroos Klarenberg, Ans Bongaarts en Fred Keller. Doelstellingsactiviteiten van de discipline maatschappelijk werk in 1975 vielen voor een deel binnen de relatie tussen Kernteam, maatschappelijk werkers en de Stichting maatschappelijk werk Rotterdam, de werkgever. Even-

als bij de wijkverpleging was de inzet van de onderhandelingen tussen team en Stichting, lopend via het zogenaamde Orgaan, de professionele verantwoordelijkheid voor het werk van de maatschappelijk werker. De doelstellingen van het Ommoordse samenwerkingsverband waarbij de multidisciplinaire hulpverlening het accent op de explicitering van probleemgedrag legde, maakte de positie van het maatschappelijk werk in het samenwerkingsverband zeer belangrijk.

Doel van de samenwerking met het maatschappelijk werk is vanaf het begin geweest de inschakeling van deze werksoort bij de hulpverlening m.b.t. "relationele problemen". De in de inleiding van deze paragraaf vermelde koerswijziging in 1975 heeft veel te maken gehad met de positie van het maatschappelijk werk in het team. Daarom wordt op deze plaats wat uitgebreider ingegaan op de positie van deze discipline en de diverse onderzoeken die zijn verricht.

De gezamenlijke presentatie van maatschappelijk werk instellingen heeft tot doel gehad de maatschappelijk werkers te laten mee-functioneren in het samenwerkingsverband, evenwel met het behoud van het zogenaamde "free-access". Middels dit free-access stond het maatschappelijk werk open voor alle bewoners van de wijk. De evaluatie van de samenwerking tussen de huisartsen en de maatschappelijk werkers is gestart met het onderzoek van Lamberts en op 't Root (Lamberts e.a. 1970).⁵¹ Het bleek daarbij dat inderdaad voornamelijk relationele problemen bij de maatschappelijk werkers terecht kwamen, terwijl - in cijfers uitgedrukt - de "verbetering", het rendement van de hulpverlening in de buurt van de 70% lag.

Het "verbeterings" percentage van 70% is - aldus de auteurs - een opbrengst die, bij onderzoek van Truax en Carkhuff naar het rendement van psychotherapie, ook verkregen wordt wanneer geen hulp wordt verleend en van "spontane genezing" gesproken kan worden.

De morbiditeitsanalyse gaf een percentage van 18% probleemgedrag van het totale jaaraanbod in de vier huisartsenpraktijken.

Het evaluatie-onderzoek met betrekking tot het probleemgedrag (Lamberts 1975) gaf een teleurstellend beeld.⁴⁸ Een hoog percentage, 60% van de patiënten bleek hetzelfde probleemgedrag te vertonen, althans afgemeten aan de consultfrequentie met betrekking tot dezelfde leefprobleem op het spreekuur van de huisarts. Het aandeel van het maatschappelijk werk als discipline in de totale benadering van het gesignaleerde probleemgedrag bleek in de buurt van de 1% te liggen.

Dit lage percentage maakte het één en ander duidelijk:

- de drempel voor de maatschappelijk werker als professionele hulpverlener blijkt hoog.
- de benadering van probleemgedrag in de individuele hulpverleningssituatie is mogelijkwerwijs nadelig beïnvloed doordat de maatschappelijke situatie van de hulpvrager om een "alibi" vroeg. Het Kernteam bracht in het licht van deze resultaten een wijziging in de werkwijze aan. (Deze wijziging is reeds beschreven in par. 3.2.1.1).

De beide maatschappelijk werkers hebben zich intensief beziggehouden met de groepsgewijze benadering. Uit de enkele cijfers en bovenstaande overweging mag niet worden afgeleid dat de maatschappelijk werkers minder werk zouden hebben. Beiden hadden een normale "case-load", ook zonder uitbreiding van hun feitelijk aandeel in de benadering van hun aangeboden probleemgedrag. De reeds gesignaleerde problemen met de Stichting Maatschappelijk Werk hebben ondermeer geleid tot een onderbezetting van de discipline maatschappelijk werk in het Gezondheidscentrum. (Dit leidde tot een beroep op de afdeling S.P.G.H. van de Rotterdamse G.G. en G.D., eveneens aanwezig in het Gezondheidscentrum, om uitbreiding van het aantal verwijsmogelijkheden naar dit team toe).

De maatschappelijk werkers hebben hun groepsdoelstellingen gehandhaafd en uitgebreid met het zgn. groepswerk. "Free access", in tegenstelling tot de situatie rond

het Gezondheidscentrum Withuis in Venlo, was praktisch te verwaarlozen in Ommoord, en de maatschappelijk werkers kregen hun cliënten in hoofdzaak van de huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen uit het eigen team. Bij discussies in het Kernteam naar aanleiding van onderwerpen betreffende maatschappelijke dienstverlening in het algemeen, opbouwwerk en contacten met de bevolking in Ommoord hadden de maatschappelijk werkers een actief aandeel. Deelneming aan het contact van functionarissen is voor de discipline maatschappelijk werk dan ook steeds van belang gebleven. Deze overweging stoelt mogelijkerwijs ook nog op de principiële stelling van het maatschappelijk werk in het algemeen om zich niet te verbinden aan één van de hulpverleningssystemen zoals de eerstelijns gezondheidszorg is, maar anderzijds ook op de overtuiging dat een hulpverleningssysteem op wijkniveau intensieve relaties dient te onderhouden met de sectie maatschappelijke dienstverlening.

3.2.3.2. Nevendoelen

Uit de bronnen die betrekking hebben op het jaar 1975 blijkt, dat van nevendoelen door de maatschappelijk werkers slechts incidenteel gewag is gemaakt. De vermeldingen die voorkomen, hebben betrekking op het volgen van de voortgezette opleiding door een van de maatschappelijk werkers, en op een wens tot werktijdverkorting van een andere vertegenwoordiger van deze discipline. Een mogelijke verklaring van de spaarzaamheid van deze informatie is dat de maatschappelijk werkers werk en privé sfeer gescheiden hielden, waardoor de voor het team beschikbare informatie op dit punt schaars bleef.

3.2.4. De fysiotherapeuten

3.2.4.1. De hulpverlening

De groep fysiotherapeuten is in iets meer dan een jaar van een tot vier uitgegroeid. Deze expansieve groei, die niet zonder interne problemen is verlopen, heeft een grote betrokkenheid bij de doelstellingen van de fysiotherapeuten niet in de weg gestaan.

De discipline is actief geweest op twee met elkaar samenhangende manieren. Enerzijds werd gestalte gegeven aan de fysiotherapie binnen het team als volwaardige eerstelijns discipline. Dit impliceerde bezinning op de algemene doelstellingen van de hulpverlening met de nadruk op het probleemgedrag. Anderzijds hebben zij gestreefd naar een toepassing in dit kader van de mogelijkheden die de fysiotherapie biedt.

Hiervoor was herwaardering van de diverse mogelijkheden nodig, maar ook uitbreiding met nieuwe ontwikkelingen zoals het groepswerk.

De grote betrokkenheid bij de doelstellingen van de hulpverlening en de homogeniteit binnen deze discipline, hebben gezorgd voor een nederlandse primeur in dit opzicht.

Bij het evaluatie-onderzoek naar de samenwerking huisarts/fysiotherapeut (Riphagen, Buyten en Lamberts 1973) ⁷¹ bleek al in welke mate de patientengroep die bij de fysiotherapeuten terecht kwam, met leefproblemen kampte.

De hulpverleningssituatie bij de fysiotherapeut was kennelijk geschikt voor de patient met lichamelijke klachten en leefproblemen.

De werkwijze die het lichamelijke contact met zich meebrengt, schiep een sfeer die praten over problemen vergemakkelijkte.

Hanteerde de fysiotherapeut dit verschijnsel bewust, dan was het blijkbaar voor hem niet moeilijk de onderliggende problemen bespreekbaar te maken.

De fysiotherapeuten waren in het groepswerk waarover later, zeer actief en hun betrokkenheid bij het bepalen en uitvoeren van de teamdoelstellingen was ook in 1975 onveranderd groot.

Aspecten van sociale actie en daarmee al dan niet verbandhoudende relaties met de zogenaamde welzijnssector in de wijk, hadden in 1975, min of meer conform het algemene beeld voor deze periode, geen hoge prioriteit voor de discipline.

3.2.4.2. Nevendoelen

De nevendoelen van de fysiotherapeuten vertoonden gelijkenis met die van de huisartsen: andere manieren om de ontwikkeling van de fysiotherapie als eerstelijns discipline te bevorderen, via bijvoorbeeld opleiding en activiteiten binnen beroepsorganisaties.

Persoonlijke doelen binnen deze groep werden in de bronnen niet als zodanig vermeld, maar wel is aangegeven dat tot het team behoren hoog gewaardeerd wordt. De hoge "notering" van de team- en discipline-doelstellingen geven aan dat de positie van de fysiotherapeuten in het team duidelijk en stevig is.

De waardering voor deze positie door de andere disciplines werd soms door de fysiotherapeuten onvoldoende geacht. Dit bleek o.m. bij de onderhandelingen met de gemeente Rotterdam over het dienstverband, en met name die betreffende de salariering.

Er is over dit punt een conflict ontstaan, waarbij Lamberts als onderhandelaar vond dat de fysiotherapeuten hem onvoldoende vertrouwen schonken en daarom ook ophield namens deze groepering met de gemeente te onderhandelen. De fysiotherapeuten voelden zich daardoor benadeeld en achtten zich onvoldoende gesteund door de rest van het team. Zij zijn toen de noodzakelijke onderhandelingen met de gemeente Rotterdam zelfstandig gaan voeren.

Naast onvrede omtrent de verschillen in maatschappelijke status speelde hier toch ook een doelstellingsaspect mede een rol, waarbij de "verzilvering" van het bereikte in de ogen van de betrokkenen beneden de maat bleef.

3.2.5. De verloskundigen

3.2.5.1. De hulpverlening

De raakvlakken van het werk van de verloskundigen, huisartsen en wijkverpleegkundigen wat betreft de begeleiding van zwangeren, moeders en pasgeborenen zijn de basis geweest voor de samenwerking tussen die disciplines. Van samenwerkingsrelaties tussen de verloskundigen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten is de afgelopen jaren alleen incidenteel sprake geweest.

Het aandeel van de verloskundigen in doelstellingsbepalingen en formuleringen was dan ook zeer omschreven. De redenen daarvoor zijn overwegend van professionele aard. De verloskundige had als functie het begeleiden van het natuurlijke proces van zwangerschap, bevalling en kraambed. Een deel van de daaruit voortvloeiende taken kon opgevat worden als gezamenlijke taken van meerdere disciplines.

De huisarts, daargelaten of verloskundig werk tot zijn hoofdtaken behoorde, had in ieder geval in de prenatale periode en in het kraambed, als hulpverlener te maken met de patienten van de verloskundigen. Deze waren immers ook zijn eigen patienten. De verpleegkundige, die verantwoordelijk was voor de kinderhygiëne kreeg de pasgeborene onder haar hoede.

De taken van de verloskundige waren vrij scherp omschreven en de inpassing in het samenwerkingsverband was daarmee in overeenstemming.

Een nieuwe ontwikkeling deed zich evenwel voor: de begeleiding van de anticonceptie door de verloskundigen. Beide verloskundigen volgden een cursus daartoe. Aanvankelijk bestond de praktijk van de anticonceptie-begeleiding door de verloskundigen slechts uit het inbrengen van "intra uterine devices" (I.U.Ds).

De huisartsen hadden bezwaren tegen het in zijn geheel overdragen van de anticonceptiebegeleiding aan de verloskundigen, omdat dan naar hun inzicht de entree-functie van de zogenaamde pilcontrole verloren zou gaan. De disciplines maakten in

1975 een afspraak over dit punt: "De verloskundige zal bij de zwangere die zij begeleidt op het daarvoor geschikte moment (kraambed) anticonceptie bespreken en daadwerkelijk blijven begeleiden".

Het gevolg was dat eind 1975 de verloskundigen zelfstandig anticonceptie-sprekuren deden. Een tweede uitbreiding van de professionele activiteiten van de verloskundigen, die al ter sprake kwam bij de wijkverpleging, bestond uit het voorlichten van aanstaande moeders en vaders door middel van de zogenaamde moedercursussen. Er was dus sprake van een uitbreiding van het aandeel van het hulpverleningspakket zoals dat door de verloskundigen in het Ommoordse team werd gegeven, zij het dat deze uitbreiding zich nog niet in kwantitatieve zin in belangrijke mate deed gelden. Bij het begeleiden van de anticonceptie immers kwam de verloskundige op identieke wijze in aanraking met alle andere facetten, zoals sexualiteitsbeleving, gezinsrelaties en als gevolg daarvan was voor haar ook de weg naar de algemene hulpverlening, en b.v. waar nodig verwijzing naar het maatschappelijk werk, geopend.

Met het bovenstaande is aangegeven dat het ontwikkelingsstadium van de discipline verloskunde een wellicht vroeger stadium is dan dat waarin de andere disciplines verkeren.

De aard van de professionele inbreng is waarschijnlijk mede oorzaak geweest van het feit dat de verloskundigen niet of nauwelijks hebben deelgenomen aan sociale actie en dat het contact met de welzijnssector, wat deze discipline betreft, miniem geweest is.

3.2.5.2. Nevendoelen

Rita Visman die vanaf het begin van het samenwerkingsverband als verloskundige daaraan deel nam was ook op andere niveau's actief. Als hoofdbestuurslid van de landelijke organisatie van verloskundigen was zij betrokken bij het werk van de begeleidingsgroep van de zogenaamde voorlopige stimuleringsregeling voor gezondheidscentra.

Tevens maakte zij deel uit van de redactie van het maandelijks tijdschrift van deze organisatie. Ook voor deze discipline geldt dat privé-doelstellingen niet of nauwelijks in het geschreven bronnenmateriaal voorkomen.

3.2.6. De "groepen-groep"

3.2.6.1. De hulpverlening

Dit was een multidisciplinair samengestelde groep die zich daadwerkelijk bezighield met de groepsgewijze benadering van patiënten met problemen omtrent hun gewicht, patiënten met spanningsklachten van uiteenlopende aard, en gewoon "gezonde" patiënten die dat wilden blijven. De groep ontleende zijn doelstelling, de reden waarom men bijeen was, aan de beslissing van het Kernteam in 1974 om patiënten met probleemgedrag niet meer uitsluitend individueel te benaderen. Het werk van de groepen-groep sloot als zodanig direct aan bij de eerder vermelde koerswijziging.

De groep bestond in 1975 uit een drietal huisartsen, Bakker, van Weel en van Dijk, de twee maatschappelijk werkers, alle vier de fysiotherapeuten en de agoge die speciaal voor dit werk een tijdelijke aanstelling bij de gemeente had gekregen en de praktijkcoördinator die voor dit werk een bijzondere belangstelling had. Het werk van de groep bestond uit:

- het voeren van intake gesprekken met patiënten die vanwege spanningsklachten door hun huisarts of door een ander hulpverlenende uit het centrum naar de groep waren verwezen.
- het leiden, meestal als tweetal, van een dergelijke groep en het verrichten van

follow up onderzoek naar de verleende hulp.

- het coördineren van het groepswork, en het verzorgen van informatie voor het Kernteam, alsmede registratie en evaluatie.
- het gezamenlijk volgen van leervaardigheidstraining gegeven door een trainer in dienst van een Amsterdams trainingsinstituut. Het doel van deze trainingen was het verkrijgen van vaardigheden in het leiden van groepen.

Het betrof hier een subgroep die ook als zodanig aan de definitie (zie hoofdstuk I) beantwoordde.

De werkwijze benaderde samenwerking, in die zin dat daadwerkelijk tezamen hulp werd verleend, het dichtste.

3.2.6.2. Andere functie van de groepen-groep

Naast de duidelijke relatie tot de algemene werkdoelstelling van het team vervulde deze groepen-groep voor haar deelnemers individueel ook nog een andere functie. Daarbij speelde een rol dat, met name de training de mogelijkheid bood tot het aan de orde stellen van eigen problemen, en het meepraten over problemen van andere leden van de groep. Inzicht in het persoonlijk functioneren en het hanteren daarvan waren beide onderwerp van de leertraining. In 1975 vond geen geïnstitutionaliseerde vorm van teambegeleiding plaats. De leertraining, hoewel met een ander doel gegeven, gaf niettemin de gelegenheid om aan relationele aspecten van de samenwerking aandacht te besteden. Dit aspect heeft de motivering om aan deze groep mee te doen ongetwijfeld vergroot.

3.2.7. De praktijkassistentes

De in samenstelling dikwijls wisselende groep assistentes was ook in 1975 nog bezig met de ontwikkeling van de eigen werksoort. Niettemin hadden ook zij een doelstelling geformuleerd (zie hoofdstuk III) en nam een tweetal deel aan de vergaderingen van het Kernteam. Zij vervulden in de praktijk de functie van het eerste contact met patiënten, en waren als zodanig de eerste die iets van de doelstellingen van het team over moesten brengen op de patiënten.

Waar verwachtingen van patiënten in strijd waren of bleken te zijn met de doelstellingen van de hulpverleners, waren de assistentes dikwijls diegenen die de bui op moesten vangen. Deze brugfunctie vereiste in de eerste plaats een goede bekendheid met deze doelstellingen en in de tweede plaats ook een eigen aandeel in de verantwoordelijkheid voor het werk en niet alleen wat betreft het praktisch organisatorische deel daarvan. Overleg hierover vond wekelijks plaats tijdens lunchbesprekingen, geleid door de praktijkcoördinator.

Behalve de assistentes waren hier ook aanwezig de assistent-praktijkcoördinator, de secretaresse en de praktijkverpleegster.

3.2.8. De praktijkcoördinator

De praktijkcoördinator was een van de twee nieuwe functionarissen die per 1 januari 1975 bij de totstandkoming van het gemeentelijk dienstverband, in het centrum kwam. Voor die datum werd deze functie door Marjo Lamberts, die ook na de totstandkoming van het dienstverband dit werk zou blijven doen, op part-time basis in dienst van de huisartsen, verricht ten behoeve van de coördinatie van de groepspraktijk. Naderhand werd de functie uitgebreid met een aantal managementtaken ten behoeve van het gehele team: voorzitterschap van het Kernteam en praktische coördinatie van de samenwerking tussen alle aanwezigen disciplines. De combinatie van functies voor de groepspraktijk en de overige disciplines werd geformaliseerd door de gemeente Rotterdam, in de vorm van een nieuwe functie van praktijkcoördinator.

In de functieomschrijving is een aantal managementtaken met betrekking tot dat deel van het samenwerkingsverband wat in dienst kwam van de gemeente Rotter-

dam, vastgelegd. Op de inhoud en de betekenis van deze functie wordt elders ingegaan. In deze paragraaf is met name van belang dat bewaking van de teamdoelstellingen een uit het management voortvloeiende functie was en dat deze functie in 1975 als zodanig ook door de praktijkcoördinator werd uitgevoerd.

3.2.9. De praktijkverpleegster

Ook deze functie ontstond op 1 januari 1975. Deze verpleegster was verbonden aan de huisartsengroepspraktijk. Zij verrichtte uitgebreid laboratoriumonderzoek, assisteerte bij verrichtingen, handelde zelf kleine wondjes af en begeleidde op verzoek van de huisartsen of andere disciplines een aantal patiënten en gezinnen, waarbij, door het ontbreken van specifieke verpleegkundige aspecten, de wijkverpleegkundige niet direct de aangewezen hulpverlener was.

3.3. Beschouwingen over de doelstellingen

In Hoofdstuk I werd een aantal van belang geachte theorieën over doelstellingen en de formulering daarvan in de literatuur vermeld.

Schriftelijke vastlegging van de diverse hulpverleningsdoelstellingen vond plaats in 1974, en is daarom weergegeven in Hoofdstuk III.

Hieronder zal geprobeerd worden de situatie, zoals die in 1975 in het Ommoordse team bestond met betrekking tot de geformuleerde doelstellingen, daartegen af te zetten.

Groepen die in ontwikkeling zijn, formuleren ruime doelstellingen om naderhand, door tussentijdse evaluatie en door de ontwikkeling van de andere aspecten van de groepssamenwerking, tot een toespitsing te komen. De formulering van de doelstellingen van het samenwerkingsverband zoals die in Hoofdstuk III staan vermeld bevat twee componenten:

- de eerstelijns hulpverlening aan de aangegeven doelgroep en
- het gezamenlijk multidisciplinair verlenen van deze hulp.

De formulering van de teamdoelstelling die uiteindelijk gehanteerd werd is op zichzelf nog niet erg operationeel.

Toespitsing en operationalisering door middel van het formuleren van subdoelen heeft wel meer duidelijkheid gebracht.

Vanaf 1975 werd bij de selectie van nieuwe teamleden systematisch gebruik gemaakt van een aantal clusters van doelstellingen die met de operationalisering van het teamdoel overeen kwamen:

- de accentuering van de benadering van leefproblemen in de hulpverlening.
- het waar mogelijk betrekken van andere disciplines in het dagelijks werk.
- de bereidheid om het persoonlijk functioneren in de hulpverlening en in de samenwerking ter discussie te stellen.
- het meewerken aan onderzoek en ontwikkeling op het vlak van de eerstelijnsgezondheidszorg. Binnen dit kader wordt aan het individuele teamlid de vrijheid (en steun van het team) geboden, om eigen interesses te ontwikkelen en desgewenst tot uitgangspunt van loopbaanopbouw te maken.

Uit deze opsomming is de "sociale actie" als operationeel doel in de loop der jaren verdwenen. Persoonlijke doelstellingen komen in het bronnenmateriaal vooral met betrekking tot de huisartsen naar voren. Afweging van kosten en baten, met inbegrip van de persoonlijke doelen, is bij de huisartsen het duidelijkst aanwijsbaar. De congruentie van doelstellingen - en daarmee volgens Silverman een groot aandeel in het leiderschap - is bij de huisartsendiscipline aanwezig (Silverman 1970).⁷⁹ De discipline verschilt daarin van de overige. De keerzijde van dit verschil is dat de betrokkenheid bij de andere disciplines geringer kan zijn. Dit behoeft geen stabiele toestand te zijn, omdat de condities bij de andere disciplines door een grotere betrokkenheid bij de teamdoelen gunstiger zijn geworden. Vooral de totstandko-

ming van het dienstverband en de verbetering van de relatie tussen de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers met hun werkgevende instelling, hebben een positieve invloed tot gevolg gehad.

Het is niettemin gerechtvaardigd om te concluderen dat door de gehele pioniersfase heen tot aan de eerste fasen van de formalisering en institutionalisering, de discipline van de huisartsen een centrale rol heeft gespeeld. Het vooraf schatten van de bereikbaarheid van een groepsdoel, gezien de aanwezige deskundigheid in de groep met als resultaat eventuele wijziging in de doelstelling, is een kenmerk van een doelgerichte samenwerking.

Het voorbeeld hiervan in 1975 was de reeds eerder vermelde explicitering van leefproblemen en de resultaten van het in verband daarmee verrichte wetenschappelijk onderzoek, wat leidde tot een sterkere accentuering van de groepsgewijze benadering ten opzichte van de individuele hulpverlening.

Samenvattend kan worden gezegd dat aan het beginsel: "Het doel is de basis van de organisatie" door het samenwerkingsverband in Ommoord zeker recht is gedaan. De reden waarom men bijeen is, is dan ook in 1975, evenals de voorgaande jaren, in enigerlei context vaak aan de orde geweest in de discussies, blijkens de geraadpleegde bronnen. Het bijeen zijn zelf, de samenwerking, wordt in de doelstellingsformulering steeds teruggevonden, hoewel het strikt genomen een middel is. Deze koppeling dateert uit de aanvangsfase van de multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns toen het antwoord op een vraag als: "Is de samenwerking nu beter voor de patiënt of voor de hulpverlener?" niet gegeven kon worden.

Effectmeting van hulpverlening in het algemeen is zeer moeilijk en maakt het ontwikkelen van eerstelijns gezondheidszorg niet makkelijk. Het wetenschappelijk onderzoek wat daartoe nodig is, verkeert nog in de beginfase en mist veel informatie met betrekking tot hulpverleningsdoelstellingen en werkwijze van niet-samenwerkende hulpverleners.

4. Professionele aspecten

4.1. Inleiding

Eerst wordt een aantal begrippen omschreven:

- van "professioneel" wordt gesproken wanneer een groepering een specifiek, van andere beroepen of groeperingen onderscheiden werkteerrein en daarbij behorende deskundigheid en vaardigheid bezit, en op dat eigen terrein autonomie heeft ten aanzien van de doelstellingen en controle op de uitvoering daarvan.
- "professionalisering" is het streven naar meer professionaliteit in bovenvermelde zin.

De ontwikkeling van het beroep, de instelling van de beroepsopleiding voor huisartsen en de integratie van huisartsgeneeskunde in het universitaire basiscurriculum, het tot stand komen van een eigen wetenschappelijke vereniging met een eigen maandblad, al deze factoren hebben inderdaad het accent gelegd op de specifieke deskundigheid, vaardigheid en het eigen werkteerrein van de huisarts. Een dergelijke ontwikkeling werd ook gezien bij de wijkverpleegkundigen en bij het maatschappelijk werk.

Bij de verloskunde en bij de fysiotherapie was dat minder duidelijk.

- Het begrip "deprofessionalisering" is van recenter datum (Illich 1975).⁴¹ Hieronder worden verschillende dingen verstaan. Ten aanzien van de multidisciplinaire hulpverlening kan het betekenen dat de onderlinge werkteerrenen grenscorrecties ondergaan door het realiseren van "claims" van verschillende disciplines. Vaker echter wordt het begrip gebruikt in verband met de hulpverlening zelf. Het geeft dan een houding van de hulpverlener weer die moet bewerk-

stellen dat patienten of cliënten problemen met hun gezondheid en welbevinden zelf oplossen. Deprofessionalisering impliceert o.a. stimuleren van de zogenaamde zelfzorg en de mantelzorg. (zie de nota: Alleen samen, Nationale Kruisvereniging 1977).⁶¹

Behalve de directe hulpverlening heeft de deprofessionalisering nog meer aangrijpingspunten in de "alibisfeer", met name de grote hoeveelheden medische "excuses" die de burger nodig heeft in de huidige maatschappij.

In de paragraaf over doelstellingen kwam het aandeel van de disciplines binnen het team in de hulpverlening zelf aan de orde.

Tevens werd gewag gemaakt van de "claims" die bestonden en die gehonoreerd werden (B.v. de start van het begeleiden van anticonceptie door de verloskundigen). De verdere ontwikkeling van het werken met patientengroepen door de groepengroep was eveneens een voorbeeld van een nieuwe professionele ontwikkeling.

Deze activiteit werd inhoudelijk mede gekenmerkt door het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van patienten voor hun gezondheid.

In hoofdstuk I kwam een ander professioneel aspect ter sprake. Het betreft de taal die verschillende disciplines in hun werk hanteren. Ris en Diederiks zijn van mening dat deze verschillen belangrijk zijn, ver doorwerken en moeilijk te overbruggen zijn (Ris e.a. 1974).⁷²

In 1975 was men in het team van het Gezondheidscentrum Ommoord gestart met het voorbereiden van een multidisciplinair ziekte-classificatiesysteem waarbij definities van ziekte en probleemgedrag en de verschillen die daarin bestaan, in kaart gebracht werden.

Een voorlopige peiling van eventuele verschillen in "taal" binnen het team tussen disciplines, zou in 1976 aantonen dat deze nog wel degelijk in flinke mate bestonden.

In de paragraaf 6 van dit hoofdstuk, over de organisatieaspecten, wordt ingegaan op een professioneel aspect van andere aard: de relatie van iedere deelnemende beroepsgroep met het eigen achterland: de werkgevende instelling of beroepsgroep. Vooral wat betreft de huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen was dat in 1975 actueel.

Hieronder zal getracht worden een typering van de professionele aspecten binnen het team in 1975 te geven, gebruikmakende van de onderstaande aspecten:

- 1) de werkwijze
- 2) aard en omvang van de eventuele taakverschuivingen tussen de disciplines. Hieronder dienen ook te vallen verschillen die ontstaan zijn in de werkwijze en die niet het gevolg waren van taakverschuivingen.
- 3) het aandeel van de disciplines in de gezamenlijke taken die teamsamenwerking met zich meebrengt.
- 4) de verschillen in opleidingsniveau, inkomen en status tussen de verschillende disciplines.

4.2. De werkwijze van de huisartsen

De huisartsen werkten als groepspraktijk, binnen het multidisciplinaire team. In het werk van de huisartsen wordt het hulpverleners bij leefproblemen gerekend tot het professionele terrein van deze hulpverlener. De positie van de huisarts wordt gezien als het kruispunt tussen het klinisch geneeskundig systeem en het eerstelijns hulpverleningssysteem (N.H.G. in "Hoe helpt de dokter" 1975).⁶³ Als zodanig vormt de huisarts (nog) de ingang in het eerstelijns gezondheidszorgsysteem. Dit eerstelijns-systeem moet bestaan uit een samenwerkingsverband zoals dit in Ommoord bestond.

4.3. De werkwijze van de maatschappelijk werkers

De maatschappelijk werkers in het team achtten zich de specifieke deskundigen voor leefproblemen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Voor hulp bij materiele problemen werd in dit verband verwezen naar de daarvoor aanwezige instanties van maatschappelijke dienstverlening.

De meeste cliënten (bijna 90%) werden naar de maatschappelijk werkers verwezen door andere leden van het eigen team. Het free "access" bedroeg ongeveer 10%.

Uit deze cijfers blijkt reeds af te leiden dat het maatschappelijk werk, hoewel in principe geheel "open", in feite geïncorporeerd is in het systeem van het eerstelijns samenwerkingsverband.

Op landelijk niveau bestaat geenszins een eensluidend oordeel over de juistheid van deze keuze. Een belangrijke stroming is van mening dat door inbouw van het maatschappelijk werk in de gezondheidszorg, een deel van de doelstellingen van het maatschappelijk werk niet meer na te streven is.

Binnen het eerstelijns team als zodanig was het ook in Ommoord wel zo dat het maatschappelijk werk in dit systeem een positie innam die door van Aalderen en Noyon omschreven is als een tweedelijnspositie, binnen de eerstelijns (van Aalderen e.a. 1973).¹

4.4. De werkwijze van de wijkverpleegkundigen

Uitbouw van de eigen zelfstandige professionele positie van de wijkverpleegkundige in de kinderhygiëne (opvoedingsproblemen, consultatiebureaus), en de curatieve zorg (nazorg) kenmerkte de werkwijze van de wijkverpleegkundigen in het team. Naast de meer traditionele functies zoals injecties geven en patiënten wassen, was hiermee een uitbreiding van het traditionele terrein gemoeid.

Uit een vergelijkend onderzoek waarin de wijken Ommoord en Alexanderpolder werden bekeken, bleek dat de intra- en interdisciplinaire besprekingen van de wijkverpleegkundigen in Ommoord een relatief groot aandeel in de dagtaak kregen.

4.5. De werkwijze van de fysiotherapeuten

De fysiotherapeuten werkten voor ruim negentig procent van hun verrichtingen op verwijzing van de huisarts. Het resterende percentage werd door medische specialisten verwezen.

Nadruk bij het werk lag ook bij deze discipline op achterliggende problemen en het expliciteren van probleemgedrag binnen de hulpverleningssituatie. Blijkens een recent onderzoek is dat in belangrijke mate, n.l. bij acht en zestig procent van de patiënten, het geval.

De hulpverlening vond plaats op afspraak, maar was wel onmiddellijk afroepbaar en voorzag in een 24-uurs continuïteit. De ontwikkeling in de werkwijze van de fysiotherapeut binnen het samenwerkingsverband bewoog zich van paramedische - voornamelijk technische - hulpverlener naar een vaste discipline binnen het eerstelijns samenwerkingsverband.

4.6. De werkwijze van de verloskundigen

De twee verloskundigen gaven verloskundige hulp en begeleiding bij anticonceptie. De professionele ontwikkeling van de verloskundigen verliep niet stormachtig. In de paragraaf over doelstellingen bleek reeds dat de verloskundigen enkele, zeer specifieke, raakvlakken met de andere disciplines hadden. De positie van deze discipline in het team was dan ook niet sterk afwijkend van die daarbuiten.

4.7. De werkwijze van de dokterassistenten

Samen met de praktijkverpleegster, laborante en de secretaresse, werkten vier doktersassistenten in 1975 in het Gezondheidscentrum.

Het werk van de assistentes bestond uit:

- de baliefuncties: het eerste contact met de patiënten bestaande uit het maken van afspraken, opvangen van aanvragen voor huisbezoek, aannemen van verzoeken tot inschrijving, en dit alles uitsluitend voor de patiënten van de groepspraktijk van huisartsen. Met name deze baliefunctie is tot het professionele terrein van de assistentes gaan behoren.
- overige vormen van assistentie: het verzorgen van praktijkpost, bijhouden van het kaartsysteem, verzorgen van de instrumenten.
- laboratoriumverrichtingen.
- verpleegkundig werk: zelfstandig behandelen van kleine wondjes, injecties, aanleren van zelfonderzoek van de borsten.
- voorlichting aan nieuw ingeschreven patiënten.
- secretaresse-werk, waarvoor later een van de assistentes full-time werd ingezet.
- bevoorradig en andere huishoudelijke taken, die vaak door de assistent praktijk-coördinator werden vervuld.

4.8. De werkwijze van de praktijkcoördinator

Deze functionaris optimaliseerde het uitvoeren van de multidisciplinaire samenwerking en operationaliseerde de daarbij gehanteerde doelstellingen.

De coördinatie omvatte vijf functies:

- het voorzichterschap van het Kernteam
- de liaison met de G.G.&G.D.
- het verzorgen van de public relations
- personeelswerk en administratieve supervisie
- het begeleiden van nieuwe medewerkers van alle disciplines.

Als "professionele groepering" was hij voor de nederlandse situatie een nieuwe discipline, waarmee professioneel management binnen de eerstelijnsamenwerking is geïntroduceerd.

4.9. Aard en omvang van taakverschuivingen tussen disciplines

Op dit terrein doet zich in principe een aantal mogelijkheden voor:

1. interdisciplinaire taakverschuivingen vinden plaats in gebieden waar van oudsher min of meer een overlapping van professionele verantwoordelijkheden bestond. Deze veranderingen kunnen soms worden aangemerkt als een rechtstreeks gevolg van de samenwerking en zijn daarom niet alleen van grote betekenis voor de ontwikkeling in de eerstelijns gezondheidszorg, maar ook voor de diverse beroepsopleidingen.
2. het is eveneens mogelijk dat deze veranderingen zich ook buiten de samenwerkingsverbanden voordoen en dat van een algemene trend gesproken kan worden. Taakverschuivingen of het streven daarnaar, kunnen eveneens het gevolg zijn van ontwikkelingen binnen een of meer werksoorten afzonderlijk.
3. tenslotte zijn er veranderingen mogelijk die niet het uitgesproken karakter van een taakverschuiving hebben, maar die een gezamenlijke, voor elke discipline nieuwe, activiteit inhouden.

In 1975 deed zich één verandering voor die valt binnen categorie 1: De start van de anticonceptiebegeleiding door de verloskundigen, waarbij een begin werd gemaakt om - aanvankelijk nog op kleine schaal - deze activiteit van de huisartsen over te nemen. De anticonceptiebegeleiding (pilcontrole) is door de huisartsen steeds beschouwd als een belangrijke "carrier" voor problemen en vragen die anders niet op het spreekuur terecht zouden zijn gekomen. Deze verandering vond niet plaats op overlappende taakgebieden maar is een geheel nieuwe. De huisarts behoudt echter ten gevolge van samenwerkingsafspraken een aandeel in de algemene en soms in de specifieke hulpverlening aan zwangere vrouwen, net als omgekeerd de verloskundigen bij de begeleiding van de anticonceptie. Landelijk was dit een omstreden kwes-

tie, waarbij de organisatie van de verloskundige zorg een complexe materie is geworden, met de gynaecologen, huisartsen en verloskundigen als partijen.

In categorie 2 was de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundigen van belang. Het is moeilijk te beoordelen of, hoewel zich buiten de samenwerkingsverbanden deze tendensen ook voordeden binnen de Kruisorganisaties, de samenwerking zoals die in het Gezondheidscentrum bestond, de bedoelde taakverschuivingen versnelde. (zie paragraaf over doelstellingen pag. 86).

Het nazorgproject ging uit van de stelling, dat bij ontslag uit het ziekenhuis de wijkverpleegkundige de centrale hulpverlener is, in plaats van de huisarts. Bij chronisch zieken en terminale patiënten was eveneens de wijkverpleegkundige diegene binnen het team die primair de verantwoordelijke was, en die de activiteiten van andere disciplines coördineerde. Hiermee hing ook samen de begeleiding van het rouwproces.

Deze verandering lag op het door de wijkverpleegkundigen in het team als het eigen professionele terrein beschouwde gebied.

Al dan niet vermeend gebrek aan deskundigheid vormde de reden dat een verschuiving als bovenbeschreven ten aanzien van de kinderhygiëne en met name de benadering van de opvoedingsproblematiek, primair door de wijkverpleegkundigen, ook in 1975 nog niet volledig tot stand is gekomen.

Categorie 3 bevat minder omschreven veranderingen. De meest in het oog lopende professionele activiteit waaraan zowel huisartsen, maatschappelijk werkers als wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten deelnamen was in 1975 het werken met patiëntengroepen. Behalve misschien voor de maatschappelijk werkers was het leiden van dit soort groepen een nieuwe beroepsactiviteit, die extra vaardigheden vereiste.

Deze vaardigheden werden in de vorm van een leertraining verkregen.

Gezondheidsvoorlichtende activiteiten, zoals de gezondheidsgroepen en moeder-cursussen, kregen in 1975 meer accent dan in vorige jaren, maar waren daarom nog niet als nieuwe "beroepsactiviteiten" aan te merken.

4.10. Het aandeel van de disciplines in de gezamenlijke taken

Deze rubriek bevat voor afzonderlijke disciplines nieuwe taken die rechtstreeks samenhangen met het functioneren in een samenwerkingsverband. Per definitie zijn dit soort taken niet "branche-eigen".

De belangrijkste verandering in 1975 wat dit betreft was de komst van de praktijkcoördinator. Praktische uitwerking en controle van alle samenwerkingsaspecten, contacten naar buiten, afspraken met de G.G.&G.D., Stichting Maatschappelijk Werk en Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen, werden taken van de nieuwe functionaris.

De individuele Kernteamleden dienden de inhoud van activiteiten zoals voorbereiden van nota's, het schrijven van brieven, en verzorgen van afvaardigingen, zelf te bepalen.

Omschreven activiteiten in kleiner verband werden vaak ondernomen met commissies bestaande uit afvaardigingen van elke discipline, hetgeen evenwel geen regel was.

Vaste afvaardigingen zoals naar het Orgaan, de Evaluatiecommissie, en het Platform van werkers in de eerste lijn bestonden eveneens uit representanten van de disciplines. De mate waarin disciplines en personen deelnamen aan dit soort activiteiten verschilde.

De centrale positie die de huisartsen-discipline van oudsher innam, was de oorzaak van het feit dat een groot deel van de hierboven bedoelde taken tevoren door de huisartsen werd uitgevoerd. De aanstelling van de praktijkcoördinator heeft een

begin gemaakt met het vereffenen van het hierboven geconstateerde verschil tussen de disciplines.

De invulling van deze taken en de totstandkoming van intern geldende professionele aspecten van deze coördinerende functie waren nieuw, omdat in deze periode nog geen ander Gezondheidscentrum een praktijkcoördinator in dienst had.

4.11. De verschillen in opleidingsniveau, inkomen en status tussen de disciplines
Deze verschillen waren aanzienlijk. Er waren vier opleidingsniveau's binnen het team aanwezig met een ongeveer gelijke verdeling: negen teamleden hadden een universitair niveau, een achttal had een HBO-niveau, een achttal had een MBO-niveau en er waren acht teamleden die het niveau van de lagere beroepsopleiding bezatten.

Vrijwel samenvallend met deze groepen bestonden inkomensgroepen, waarbij tussen hoog en laag maximaal een inkomensverschil ter grootte van een vermenigvuldigingsfactor vier bestond.

Naar buiten toe waren de deelnemers van het Ommoordse samenwerkingsverband vooral binnen hun eigen beroepsgroep met een ander "image" geconfronteerd, n.l. het "image" van werkers in een Gezondheidscentrum.

Dit "image" veronderstelde enerzijds een grote mate van deskundigheid en het vermogen om die ervaring in de samenwerking aan anderen over te brengen, en bracht anderzijds een zeer kritische benadering door de buitenwereld met zich mee. Met name was dit het geval wanneer verondersteld wordt dat deelnemers aan een samenwerkingsverband op enigerlei wijze bevoordeeld worden in hun beroepssituatie en de bewijslast van het "beter zijn" van deze vorm van gezondheidszorg uitsluitend bij de betrokken werkers wordt gelegd.

Er is bij de buitenwacht beeldvorming ontstaan ten aanzien van de hulpverleners in een Gezondheidscentrum. De binnenshuis bestaande verschillen in status leken in dit nieuwe beeld minder geprononceerd te zijn.

Binnen het team zelf was de consequentie van de hierboven gesignaleerde verschillen zeer moeilijk in te schatten. De groepering van de overige disciplines rond de huisarts, door Lamberts (1974) beschreven als fase twee in de multidisciplinaire samenwerking, wordt door het huidige gezondheidszorgsysteem in stand gehouden en gaf in het team de huisartsgroep een centrale positie naast de reeds bestaande verschillen in opleidingsniveau en inkomen.⁴⁵

Het was de opvatting van het team, en dus ook de opvatting van de huisartsen, dat deze discipline in Nederland niet de centrale in het eerstelijns team behoeft en behoort te zijn.

De invloed op de samenwerking van de in het team voorkomende opleidingsverschillen werd geringer.

Hierbij werkten het streven naar professionalisering, deskundigheidsbevordering, gelijkwaardigheid in de besluitvorming en de externe beeldvorming, in positieve zin. Belemmeringen voor deze ontwikkeling waren voornamelijk van historische en structurele aard. De inkomensverschillen waren tot deze categorie te rekenen.

5. Rolaspecten van het taakgericht gedrag

5.1. Inleiding

In deze paragraaf komen de beroepsrollen van de diverse disciplines aan de orde. Onder beroepsrol wordt in dit verband verstaan het gemeenschappelijke gedrag wat de leden van een discipline bij de uitoefening van de voor die discipline specifieke taak vertonen.

Factoren die dit gedrag beïnvloeden, zijn de eigen beroepsopvattingen, de verwachtingen die de andere deelnemende disciplines op dit punt hebben en opvattingen die bestaan bij de eigen beroepsgroepering buiten het team.

De beroepsrollen hangen in belangrijke mate samen met de professionele aspecten zoals die in de vorige paragraaf werden beschreven.

5.2. Beeldvorming

Verwachtingen ten aanzien van de beroepsrol van andere disciplines kunnen zich tot één geheel groeperen, zodat van beeldvorming wordt gesproken.

Deze beeldvorming is niet altijd juist en wordt soms verzelfstandigd. In het laatste geval wordt van stereotype beeldvorming gesproken. Volgens Lamberts is stereotype beeldvorming bij de aanvang van samenwerking tussen disciplines in de eerste lijn in belangrijke mate aanwezig (Lamberts 1974).⁴⁵

Ook in Ommoord was dit het geval. Van huisartsen bestond het beeld van behoudende, autoritaire hulpverleners, wijkverpleegkundigen werden gezien als praktisch ingesteld, met weinig neiging tot abstractie, en de maatschappelijk werker als naar "de identiteit" zoekende hulpverlener. Fysiotherapeuten en verloskundigen hadden het image van de paramedische kracht met omschreven, doch beperkte verantwoordelijkheid.

Het corrigeren van deze beeldvorming is volgens Lamberts een kenmerk van de eerste fase van multidisciplinaire samenwerking (Lamberts 1974).⁴⁵

5.3. Rolopvattingen en rolverwachtingen

Van der Vliert, die op dit punt onderzoek deed met de vraag in welke mate rolverwachtingen van anderen en rolopvattingen van de onderzochte persoon zelf het rolgedrag bepalen, vond dat de opvattingen over de eigen rol de doorslag geven bij het bepalen van het rolgedrag van een persoon binnen het team (v.d. Vliert 1976, zie hoofdstuk I).⁸³

Daaruit kan worden afgeleid, dat de weg tot verandering van rolgedrag in belangrijke mate loopt via het op enigerlei wijze beïnvloeden van die rolopvatting.

De rol die de groepspraktijk van huisartsen in 1975 in het Kernteam vervulde, vormde een voortzetting van de rol die de huisartsen in de beginfase van het samenwerkingsverband reeds vervulden: initiatief nemen, regelen en controleren. Dit bepaalde in belangrijke mate de leiderschapsrol van de huisartsen. De verwachtingen van andere disciplines ten aanzien van deze rol was in 1975 aanvankelijk niet discongruent met de eigen opvattingen van de huisartsen.

5.4. Conflicten

Van de verschillende disciplines zal in het navolgende worden weergegeven in hoeverre zij betrokken waren in conflictsituaties, die te maken hadden met rolopvattingen en rolverwachtingen. Deze conflicten manifesteerden zich veelal als belangentegenstellingen.

5.4.1. De huisartsen

Lamberts onderscheidt drie soorten conflicten die zich in het team kunnen voordoen: conflict met andere disciplines binnen het samenwerkingsverband, conflict met de professionele achterband en conflict met de patient (Lamberts 1974).⁴⁵

Een conflict van het eerste type deed zich voor bij de huisartsen in 1975. Binnen het team werd de leidende rol van de huisartsengroep bekritiseerd. Ook was een conflict met de professionele achterban van de huisartsen manifest in 1975. Mede tengevolge hiervan beëindigde een viertal huisartsen hun lidmaatschap van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Belangrijk voor het ontstaan van dit conflict was een gespannen relatie tussen de groepspraktijk en de collegae, verenigd in de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.H.V.).

De disharmonie berustte voornamelijk op de veronderstelde bevoordeling van het Gezondheidscentrum in Ommoord, met name door de gemeente Rotterdam in de loop van de jaren 1968 tot 1975 en de daarmee gepaard gaande overheidsbemoeïing

in de organisatie van de in dit geval eerstelijns hulpverlening. De P.H.V. verzette zich nadrukkelijk en langdurig tegen het gemeentelijk dienstverband, voornamelijk vanwege het feit dat men meende dat het voor andere huisartsen niet mogelijk zou zijn om een dergelijk dienstverband te verkrijgen. Nadat Braams wegens de consequenties van dit verschil van inzicht het P.H.V.-bestuur had verlaten, vond tenslotte een meer openlijke botsing plaats vóór, tijdens en na de behandeling van het voorstel betreffende het dienstverband in de gemeenteraad.

Het derde conflict, dat met de consument, deed zich eveneens voor.

Van Beek en Hak schreven in hun commentaar op de diverse ontwikkelingen binnen de eerstelijns gezondheidszorg ("meer lijn in de eerstelijns") dat het Ommoordse team "het stempel draagt van het primaat van de huisartsen" ten koste van de noodzakelijk geachte nevenschikking van de diverse disciplines. Gebrek aan gelijkwaardigheid zou het teamfunctioneren en daarmee de hulpverlening nadelig beïnvloeden, maar bovendien een als noodzakelijk gevoelde nevenschikking in het contact tussen hulpvrager en hulpverlener in de weg staan (van Beek e.a. 1975).⁵ Het verwachtingspatroon wat de patienten hebben ten aanzien van de hulpverlening is, zo blijkt uit o.a. het Itoba onderzoek (Itoba 1975), ingegeven door de wens de bestaande situatie te handhaven.⁸¹ Voldoen aan deze hele wens zou inhouden dat het bestaande rolpatroon in het hulpverleningssysteem wordt gehandhaafd. Volgens van Beek en Hak (in hun verslag over een wijkwelzijnsproject in Rotterdam), kan de hulpverlening maar op één manier effectief de werkelijke oorzaken van ziekte en problemen in de maatschappij bestrijden: het aanwenden van hulpverlening als politiek middel ten behoeve van de klassenstrijd. (van Beek e.a. 1976).⁶

Er zijn in het bovenstaande echter twee verschillende zaken aan de orde, die niet zonder meer met elkaar in verband gebracht mogen worden.

De veronderstelling dat door het bestaan van vaste rolverwachtingen bij patienten ten aanzien van hulpverleners, de individuele hulpverlening onvoldoende effect krijgt en dus moet worden verlaten, en in dienst moet gesteld worden van de maatschappelijke klassenstrijd, is bedriegelijk. Men kan evenzeer stellen dat andere opvattingen over gezondheid en ziekte en de daarmee samenhangende andere functie van de hulpverlener in de samenleving slechts vanuit de individuele hulpverleningssituatie gevormd kunnen worden.

Rolconflicten en discrepantie in verwachtingen en opvattingen tussen de individuele patient en hulpverlener waren naar de mening van het team in Ommoord evenzeer functioneel om te komen tot veranderende opvattingen over ziekzijn als andere middelen om maatschappelijke structuren, die ziekmakend zijn, te doorbreken.

Deze opvatting is neergelegd in het verslag wat werd geschreven naar aanleiding van de discussie binnen het team over politieke theorieën en hulpverlening.

5.4.2. De fysiotherapeuten

Conflicten bij de fysiotherapeuten op de drie door Lamberts beschreven niveau's deden zich in 1975 eigenlijk alleen voor binnen het eigen team.

Het betrof de weerslag in het eigen team van de in de paragraaf over doelstellingen beschreven conflicten rond de financiële en economische aspecten van het gemeentelijk dienstverband.

5.4.3. Het maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk zoals dat functioneert binnen het Ommoordse samenwerkingsverband, heeft zich in de hulpverlening reeds vanaf de aanvang beperkt tot behandeling van leefproblematiek (Lamberts en op 't Root 1970).⁵¹

Deze beperking van de professionele rol binnen het team is in sterke mate tot stand gekomen door de omschreven rolverwachtingen van met name de huisartsendiscipline. Het ontbreken van omschreven rolopvattingen is niet ongewoon bij het maatschappelijk werk en men mag zeggen dat reeds bestaande rolopvattingen in

geringere mate dan dat bij de fysiotherapie het geval was, de beroepsrol en het daaruit voortvloeiende rolgedrag bepaald hebben. Ook voor het maatschappelijk werk gold in 1975 dat deelname aan het groepswerk in de praktijk een uitbreiding van de beroepsrol betekende. Wel is het zo, dat binnen het algemeen maatschappelijk werk het werken met groepen wel gerekend wordt tot de potentiële activiteiten. Evenals dit het geval is bij de wijkverpleegkundigen, bestond het belangrijkste rolconflict voor de maatschappelijk werkers in 1975 ten aanzien van de professionele achterban: de werkgevende instelling.

Het formuleren van gezamenlijke teamdoelstellingen waarvoor men zelf medeverantwoordelijk blijft, vraagt een nieuwe rolopvatting, die strijdig is met de rolverwachting die bij de werkgevende instelling ten aanzien van een medewerker bestaat. Dit leidde tot een loyaliteitsconflict.

5.4.4. De wijkverpleegkundigen

5.4.4.1. Inleiding

Zoals al eerder is vermeld, heeft de discipline wijkverpleging in 1975 weinig verandering van de beroepsrol ondergaan.

Er was een vrij groot verloop van teamleden. Vanaf het begin van het samenwerkingsverband heeft met name de huisartsendiscipline verwachtingen ten aanzien van de verpleegkundigen gehad, die een duidelijke verandering van de beroepsrol van de verpleegkundigen inhielden.

Wanneer binnen een team de samenwerking tot stand komt via het roldragermodel, dan zal dit een belemmerende factor kunnen zijn doordat rolconflicten binnen het team en met de patienten minder effect hebben.

Wordt in de omgekeerde situatie van een rolzender-model uitgegaan dan hebben verwachtingen van teamleden en patienten veel meer vat op de rolopvattingen van de hulpverleners (v.d. Vliert 1976).⁸³

Dit "rolzender" model heeft in de loop van de jaren evenwel weinig resultaat opgeleverd, met name niet ten aanzien van de functie van de verpleegkundigen bij de benadering van opvoedingsproblematiek, zoals die op de consultatiebureau's wordt aangeboden.

Het gedrag behorend bij de beroepsrol van de verpleegkundigen, is behoorlijk consistent (en zo men wil resistent) gebleken, ondanks de pogingen tot beïnvloeding via anders geformuleerde rolverwachtingen. Wellicht is, wanneer men de gedachtengang van van der Vliert volgt, ten onrechte op den duur de eigen rolopvatting van de verpleegkundigen als zodanig binnen de ontwikkeling van het team als aangrijpingspunt voor veranderingen in de beroepsrol, buiten beeld geraakt. Dit leidt volgens van der Vliert, die Argyris citeert, "tot oppositie, agressie, lijntrekken en verloop" (v.d. Vliert 1976).⁸³

Van de eerste drie gevolgen kan men de verpleegkundigen in het Ommoordse samenwerkingsverband niet betichten, het vierde fenomeen echter, het verloop, was wel degelijk groot.

Men kan slechts speculeren over de vraag of het feit dat eigen rolopvattingen van de verpleegkundigen onvoldoende aandacht en ruimte gekregen hebben binnen het team, dat gefixeerde rolverwachtingen ten aanzien van deze verpleegkundigen koestert, één van de oorzaken van het verloop is.

Er bestaan daarvoor in het bronnenmateriaal geen feitelijke aanwijzingen. Niettemin zou het, gezien het bovenstaande, aanbeveling verdienen om bij de selectie en bij het inwerken van nieuwe verpleegkundigen, de rolopvattingen over het eigen beroep meer aandacht te geven.

5.4.4.2. Conflicten bij de wijkverpleegkundigen

Conflicten bij deze discipline waren voornamelijk van het type "achterban", de

werkgevende instelling, die in principe niet toestond dat werknemers binnen de organisatie, in ander verband de eigen doelstellingen en functies bepalen. Binnen het team zelf waren de verwachtingen van de andere disciplines de aanleiding tot discussie en onenigheid.

5.4.5. De verloskundigen

Geen enkele hulpverlenende discipline in de eerstelijns gezondheidszorg had een dermate omschreven werkterrein en dienovereenkomstige beroepsrol.

De rolverwachting ten aanzien van de verloskundigen is omschreven en ook hun eigen rolopvatting was zeer duidelijk, congruent met de verwachtingen.

Verruiming van de eigen opvattingen over de beroepsrol leidde tot "annexatie" van een deel van het territorium van de huisarts, de anticonceptiebegeleiding. Deze verandering is eigenlijk geen gevolg geweest van de veranderde rolverwachtingen van de andere disciplines. Van conflicten was in dit verband geen sprake.

5.4.6. De praktijkassistentes

Hoewel geen direct hulpverlenende discipline, gold ook voor de assistentes dat hun rol onderdeel is van het patroon binnen het samenwerkingsverband.

Vanaf 1973 werden de praktijkassistentes door de ingebruikneming van een gezamenlijk gebouw er toe gebracht om een collectief te vormen en als zodanig een plaats te verkrijgen binnen het team, met andere woorden een eigen discipline te worden. De assistentes hebben in het centrum een taak die betrekkelijk weinig vrijheid van handelen toelaat, er bestaat een gezagsverhouding met de huisartsen. Deze combinatie maakt volgens van der Vliert een algemene stelregel waar, n.l. die dat de eigen rolopvatting van minder invloed is op het rolgedrag in zo'n situatie (v.d. Vliert 1976).⁸³

Het waren hier vooral de verwachtingen van de huisartsen (de rolzenders) die dat gedrag bepaalden, nadat tevoren het zogenaamde legitimiteitsoordeel is gegeven, dat wil zeggen het als zodanig erkennen van de rolzender, met de ingebouwde sancties in positieve en in negatieve zin voor de roldragers.

Ten aanzien van de andere disciplines echter bestond voor de assistentes deze rolverhouding niet, omdat er geen omschreven gemeenschappelijk taakgebied was. De praktijkassistentes hadden in 1975 met betrekking tot het dagelijks werk geen rechtstreekse bemoeienis met de maatschappelijk werkers en de wijkverpleegkundigen, terwijl de fysiotherapeuten een aparte assistente hadden, die op haar beurt geen directe bemoeienis met de huisartsen had.

Dit betekende dat de rolverwachtingen van de andere disciplines ten aanzien van de assistentes (en omgekeerd) nauwelijks omschreven zijn. In feite was dit een curieuze situatie. Het kwam er, anders gezegd, op neer dat wanneer wordt gesteld dat de praktijkassistente een belangrijk aandeel had in de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening en het aan de andere kant zo was dat zij zich haar rolgedrag liet bepalen door de omschreven rolverwachtingen van de huisartsen, dat aandeel in die gezamenlijke verantwoordelijkheid met moeite waar kon worden gemaakt.

Van conflicten was evenwel geen sprake.

5.4.7. De praktijkverpleegster

5.4.7.1. Inleiding

Bij het tot stand komen van het gemeentelijk dienstverband is de functie van praktijkverpleegkundige ontstaan. Motieven daartoe waren zeer duidelijk: de praktijkverpleegster, (voor die tijd wijkverpleegkundige), had een omschreven rolopvatting. Deze rolopvatting week af van die van de overige verpleegkundigen in

die zin, dat zij de rolverwachtingen van de andere disciplines, en met name de huisartsen congruent achtte met haar eigen rolopvatting.

5.4.7.2. Conflicten

Dit betekende dat zij wellicht meer dan de andere verpleegkundigen zich aangesproken voelde door de rolverwachtingen die er bij andere disciplines ten aanzien van de wijkverpleegkundigen leefden.

Deze discrepantie maakte haar positie in de eigen discipline een afwijkende. Op gezamenlijk initiatief van de huisartsen en haarzelf werd, toen de gelegenheid zich voordeed, de functie van praktijkverpleegster, min of meer naar engels voorbeeld, in het leven geroepen, speciaal voor haar. Het leidt geen twijfel dat het conflict tussen de rolopvattingen van de praktijkverpleegster enerzijds en die van de wijkverpleegkundigen anderzijds, met deze manoeuvre niet was opgelost maar hooguit minder actueel werd gemaakt.

Dit bleek ook uit de discussies binnen het Kernteam, waarbij steeds gesproken werd van overlappende taakgebieden. Het was dan ook niet verwonderlijk dat ook de vertegenwoordigers van de Rotterdamse Kruisvereniging binnen het Orgaan, deze ontwikkeling met enige scepsis gevolgd hebben.

5.4.8. De praktijkcoördinator

5.4.8.1. Inleiding

De functie was nieuw in de nederlandse verhoudingen.

Het ontstaan van deze functie heeft in het team samengehangen met het ontstaan van de functie van de medisch leider. Ook bij het medisch leiderschap, tot voor 1 januari 1975 een door Henk Lamberts vervulde functie, is sprake geweest van een gedeeltelijk formaliseren van een deel van de ontwikkelingen van het samenwerkingsverband.

De invulling van deze twee rollen hield het gevaar in zich dat de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle leden van het team niet meer als zodanig door het individuele teamlid ervaren werd.

Aan het eind van het jaar 1975 tekende zich het begin af van een reactie op deze situatie door een aantal teamleden. In de discussies binnen het Kernteam kwam van de kant van de medisch leider en de praktijkcoördinator het bezwaar dat alle beleidsinitiatieven en praktische taken die het hele team betroffen, automatisch tot hun functie werden gerekend. Bij diverse teamleden bestond onvrede over deze situatie, die zou kunnen leiden tot het ontstaan van twee soorten teamleden: de "haves" en de "have nots". De eersten zouden het initiatief hebben en het daarvoor nodige overzicht en de informatie.

De tweede groep zou initiatieven en beslissingen over zich heen laten komen. Beide categorieën wilden deze stereotype rolpatronen vermijden. De discussies over deze ontwikkeling, die samenhang met de verdeling van de macht, leidden (in 1976) uiteindelijk tot afspraken waarbij de participatie van alle teamleden zo groot mogelijk zou moeten worden.

6. Organisatieaspecten

Inleiding

De samenwerking binnen het gezondheidscentrum kenmerkte zich in 1975 door het sterke accent dat op organisatieaspecten werd gelegd.

In de organisatie van het Kernteam is de uitvoering van de diverse samenwerkingsafspraken operationeel gemaakt.

In dit verslag is gebruik gemaakt van de indeling zoals die in hoofdstuk I is weergegeven:

- praktisch organisatorische aspecten;
- structureel organisatorische aspecten.

6.1. **Practisch organisatorische aspecten**

Hiermee wordt bedoeld de praktische organisatie en de coördinatie van de diverse vormen van hulpverlening. In deze paragraaf zullen tevens waar dat relevant is, praktisch organisatorische problemen ter sprake worden gebracht. De coördinatie van hulpverleningsvormen wordt wel gezien als een beginstadium van samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg. Blijft de samenwerking daarbij, dan wordt het soms het "magere samenwerkingsconcept" genoemd.

Aanpassing van de praktische gang van zaken zoals die vaak traditioneel in de deelnemende beroepen bestaat, is evenwel lang niet zonder betekenis.

Van Ravenswaay wijst erop dat onder het niet functioneren van zeer praktische afspraken vaak zeer diepgaande professionele en relationele problemen schuil gaan. (van Ravenswaay, e.a. 1973).⁶⁹

Een belangrijk deel van deze praktische coördinatie kwam ook al aan de orde in de paragraaf over de communicatie. Het regelen van het interdisciplinaire verkeer was één van de pijlers van de organisatie van de hulpverlening in het Centrum.

Een ander belangrijk onderdeel van de praktische organisatie bestond uit het pakket "huisregels" dat de diverse werksoorten in het Gezondheidscentrum apart en gezamenlijk in acht dienden te nemen.

In de volgende paragrafen zal de praktische organisatie van de disciplines aan de orde komen.

6.1.1. **De huisartsen**

De acht huisartsen oefenden in 1975 hun praktijk uit als tevoren: in de vorm van een groepspraktijk.

De maatschap, waarin de zes oudste huisartsen waren verbonden, was per 1 januari 1975 opgeheven toen de gemeente Rotterdam werkgever van ondermeer de huisartsen werd.

Huisarts Schulten, die op 1 januari 1975 zich elders in de wijk vestigde, verliet op dat moment eveneens de groepspraktijk.

De groepspraktijk telde vanaf 1 januari 1975 twee nieuwe partners, de huisartsen Wolgast en van Dijk.

De praktijkorganisatie was in 1975 ongewijzigd en er werd gewerkt volgens een afspraakstelsel.

De openingstijden van het Centrum en van de groepspraktijk waren van half negen 's morgens tot half zes 's avonds, waarna de avonddienst begon. De ochtendsprekuren duurden gemiddeld tot 10.45 uur.

Na het koffie-halfuur, van 10.45 - 11.15, werden de huisvisites gemaakt. Na de lunch begon het spreekuur van 13.00 uur dat duurde tot gemiddeld kwart over drie. Daarna deden de huisartsen op de daartoe bestemde dagen consultatiebureau spreekuren voor zuigelingen en kleuters.

De dag werd besloten met het doen van nagekomen huisvisites of het bijwonen van een vergadering.

Bij de praktijkvoering werd het accent gelegd op de spreekuurconsulten terwijl huisvisites zoveel mogelijk werden beperkt, een opvatting die ook in 1975 bij het ITOBA-onderzoek de waardering van de consumenten betreffende de hulpverlening van het Centrum, een positieve beoordeling niet in de weg bleek te staan.

De huisartsen die hun praktijkgebied vanaf het begin hebben beperkt tot de wijk Ommoord, vormden een eigen waarnemingsgroep.

De dienstdoend huisarts was, voorzover hij of zij niet in de wijk woonde, in het Centrum aanwezig gedurende de avond- en nachtdiensten.

In tegenstelling tot de meeste Gezondheidscentra had de groepspraktijk in het

Gezondheidscentrum Ommoord een gedecentraliseerd kaartstelsel. Een nieuwe registratiemethode was in voorbereiding.

Laboratoriumonderzoek werd verricht door een laborante, terwijl de praktijkverpleegster, op haar beurt door een aantal assistentes per toerbeurt bijgestaan, daaraan ook deelnam.

De praktijkverpleegster assisteerde bij kleine verrichtingen en wondbehandeling. Een belangrijke functie was tevens het inschrijven van nieuwe patiënten waarbij de praktijkverpleegster een voorlichtend gesprek hield over de werkwijze van het Centrum.

Daarnaast kregen alle nieuw ingeschreven patiënten een folder, met voor de werkwijze van het Centrum belangrijke informatie.

De praktijkverpleegster bezocht bovendien patiënten aan huis, meestal op verzoek van één van de huisartsen.

6.1.2. Coördinatie van het dagelijks werk in het Centrum

De praktijkcoördinator had een aantal vaste taken:

- voorzitter van het Kernteam. Deze taak geeft weer dat de praktijkcoördinator voorwaarden diende te scheppen voor het nastreven van de teamdoelstelling.
- het houden van werkoverleg met de disciplines die de nieuwe G.G. en G.D.-afdeling vormden, terwijl er ook regelmatig overleg was met de disciplines wijkverpleging en maatschappelijk werk. Vooral in deze taak kwam de organisatie van het dagelijks werk tot uitvoering.
- het verzorgen van public relations. Deze public relations werden in ruime zin opgevat en omvatten zowel het ontvangen van bezoekers, het te woord staan van vertegenwoordigers van de schrijvende pers als ook het contact met de bevolking in de diverse groeperingen in de wijk Ommoord.
- het onderhouden van de liaison met G.G. en G.D. Dit hield in het regelen van bevoorrading, administratieve handelingen t.b.v. de G.G. en G.D.-administratie. Daarnaast gingen ook in toenemende mate beleidsaspecten, de twee organisaties betreffende, tot deze taak behoren.
- toezicht op en begeleiding van de nieuwe G.G. en G.D.-medewerkers van de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord in hun diverse functies.

6.1.3. De fysiotherapeuten

Er werkten in 1975 vier fysiotherapeuten in het Gezondheidscentrum. Zij hebben in dat jaar hun eigen balie en administratieve ruimte gekregen. Een parttime assistente maakte voor hen de afspraken en regelde de administratie.

De fysiotherapeuten vormden een eigen waarnemingsgroep.

De deelname aan het groepswork, zowel in de voorbereiding (leertraining) als de uitvoering, leverde voor de fysiotherapeuten in toenemende mate organisatorische en economische problemen op, aangezien geen aparte honorering voor dit werk bestond.

6.1.4. De verloskundigen

De twee verloskundigen garanderen een continue verloskundige zorg. Deze zorg strekte zich, in tegenstelling tot die van de afdelingen groepspraktijk en fysiotherapie, uit over de hele bevolking van de wijk Ommoord. Als assistente voor de verloskundigen functioneerde de assistente van de afdeling fysiotherapie. Zij maakte voor de diverse spreekuren dan ook de afspraken.

Naast de verloskundige activiteiten werd in 1975 een begin gemaakt met het houden van anticonceptiesprekken door de verloskundigen, waarover ook elders in dit verslag wordt gesproken. Het betrof een groep vrouwen waarbij de verloskundigen zelf de bevalling hadden geleid.

6.1.5. De wijkverpleegkundigen

Zes wijkverpleegkundigen en twee wijkziekenverzorgenden werkten in 1975 vanuit het Gezondheidscentrum voor de gehele wijkbevolking van Ommoord. Aanvankelijk werd voor de werkindeling uitgegaan van geografische principes, naderhand is men overgegaan tot zogenaamd artsgericht werken. In de eerste aanleg werden de wijkverpleegkundigen begeleid door een hoofdwijkverpleegkundige vanuit de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen.

De wijkverpleegkundigen hielden zich bezig met de volgende activiteiten:

- de wijkverpleegkundige zorg thuis voor zieken, invaliden, maar ook het bezoeken van gezonde bejaarden thuis. Een bijzondere vorm van deze zorg was het nazorgproject ten behoeve van ontslagen ziekenhuispatienten.
- de kinderhygiëne waarbij in toenemende mate de verpleegkundige de primair verantwoordelijke hulpverlener op de consultatiebureaus voor zuigelingen werd.
- deelname aan groepswork en met name de "gezondheidsgroepen". Daarnaast werd ook deelgenomen aan andere voorlichtende activiteiten zoals de moeder-cursussen.

Zoals uit het jaarverslag over 1975 blijkt, geeft de ruwe vergelijking van gegevens betreffende het wijkverpleegkundige team in Ommoord en dat in Alexanderpolder een aantal aanwijzingen (Jaarverslag 1975 Gezondheidscentrum Ommoord):³⁰

- de wijkverpleegkundigen in Ommoord steken zeer veel tijd in onderling overleg en overleg met de disciplines.
Dit blijkt ook uit het communicatieonderzoek wat verricht is in het Centrum. (Lamberts 1976).⁵⁰
- mede door de samenwerking op zich traden grote verschillen op zowel in curatieve als in consultatiebureau-verrichtingen in die zin dat de wijkverpleegkundigen in Ommoord tot hoge aantallen kwamen.

De praktische organisatie van het werk was erop gericht om twee ontwikkelingen te stimuleren:

- a. een meer centrale plaats van de verpleegkundigen op de consultatiebureau's
- b. verdere uitbreiding van de thuiszorg en curatieve zorg en het uitbouwen van de nazorg.

Dit hield een voortzetting in van de sinds 1968 bestaande tendens en betekende een taakverschuiving van de arts-leider van het consultatiebureau, in dit geval de huisartsen van de groepspraktijk, naar de verpleegkundige toe. De zuigelingenbureaus werden gezamenlijk volgens een alternerend schema gehouden. De kleuterbureaus, waarvan de consultfrequentie bij de consultatiebureau-huisarts teruggebracht is tot 1 maal per jaar, worden gezamenlijk gehouden. Bleek tegen het einde van het consult manifeste opvoedingsproblematiek, dan maakt de wijkverpleegkundige naderhand met de moeders een afspraak voor een huisbezoek om hierover verder te praten.

De wijkverpleegkundigen dienden een groter aandeel te krijgen in therapeutische en andere beslissingen die genomen worden t.a.v. de patienten die thuis verpleegd worden.

Dit geldt eveneens en á fortiori bij de nazorg van ziekenhuispatienten.

Van de twee bovenstaande aspecten bleek hoe langer hoe meer dat, om dit goed te kunnen vervullen, het nodig was dat de verpleegkundigen artsgericht gingen werken in plaats van de tot dan toe gevolgde geografische indeling. Beide factoren vereisten intensieve samenwerking met de huisartsen en dat was, gezien de grootte van het team, alleen op te vangen door het vormen van koppels, bestaande uit twee huisartsen en één wijkverpleegkundige voor de verpleging thuis en voor de kinderhygiëne. Per twee wijkverpleegkundigen functioneerde in het subteam dan weer één wijkziekenverzorger. Eind 1975 zag het er naar uit dat de regeling van het artsgericht werken van de wijkverpleegkundigen zijn beslag zou krijgen.

6.1.5.1. Organisatieproblemen bij de discipline wijkverpleging

Sterke doorstroming bij deze discipline in 1975 en daarbij ook de vanaf het begin van het samenwerkingsverband moeizame professionele ontwikkeling van de discipline wijkverpleging, hebben in 1975 zich met name naar de overige Kernteamleden toe gepresenteerd in de vorm van praktisch organisatorische problemen. Daarnaast deden zich in de relatie tussen de wijkverpleegkundigen en hun moederorganisatie ook problemen voor die naderhand aan de orde zullen komen in de paragraaf betreffende de structureel organisatorische aspecten. Deze problemen concentreerden zich rond de functie van de hoofdwijkverpleegkundige.

Reeds eerder werd - bij de communicatie - vermeld dat de organisatie van de wijkverpleging een aantal malen uitgebreid onderwerp van gesprek is geweest in de vergaderingen van het Kernteam. De situatie in deze discipline werd bijzonder gecompliceerd doordat de sterke doorstroming en de problemen met de werkgever een zware wissel op de onderlinge relaties binnen het team wijkverpleegkundigen hebben getrokken. De werkelijke stand omtrent oorzaak en gevolg wat dit betreft laat zich achteraf onvoldoende analyseren.

De conclusie dat problemen in de onderlinge relaties binnen het team van de wijkverpleegkundigen overwegend de vorm hebben gekregen van organisatie-mogelijkheden, kan dan ook niet worden getrokken.

De doorstroming op zichzelf vormde een belangrijk probleem. Dubois heeft deze problemen in een publicatie geanalyseerd en aangegeven wat de weerslag is van doorstroming op een team van achttien hulpverleners zoals dat in het Gezondheidscentrum Hoensbroek werkzaam was. (Dubois 1976).²⁷ Uit het evaluatieverslag van het Gezondheidscentrum Hoensbroek over de jaren 1974 - 1976 blijkt dat bij de wijkverpleegkundigen geen belangrijke wisselingen hebben plaats gevonden, en dat mogelijk gedeeltelijk daarmee samenhangend de positie van de wijkverpleging binnen dat samenwerkingsverband een zeer hechte was (Gezondheidscentrum Hoensbroek 1977).²⁹

In de voorgaande jaren in Ommoord bleek het organisatieprobleem dikwijls een kapstok te zijn voor onzekerheid omtrent het eigen beroep en mogelijke problemen in de persoonlijke sfeer.

De doorstroming die in Ommoord in de recente jaren en ook in 1975 plaatsvond, heeft dit fenomeen versterkt.

Vanwege de doorstroming hebben sollicitatieprocedures in 1975 veel aandacht gekregen.

Het team trachtte gemotiveerde sollicitanten aan te trekken, zij het dat deze motivatie vaak niet erg uitgekristalliseerd was.

Sollicitanten die zich bij de wijkverpleging aandienden, kwamen voornamelijk uit de groep jongere verpleegkundigen die na hun opleiding in ziekenhuizen een andere werkkring zochten en vaak nog niet maatschappelijk gebonden waren. Bleek de gedachte over het doel van de samenwerkingsverbanden aan te sluiten bij de motivering, dan was veelal het gevolg dat zij verdere scholing noodzakelijk gingen vinden en het samenwerkingsverband verlieten ten gunste van de opleiding tot wijkverpleegkundige. Dit maakte de nieuwkomers tot een zeer mobiele, fluctuerende groep. Het feitelijke proces van de doorstroming en de oorzaken die daarbij een rol speelden, had een belangrijke en remmende invloed op het homogeen functioneren van de discipline.

Het inwerken van nieuwe deelnemers was bij de toenmalige teamgrootte al moeilijk geweest, en gezien de langzaam verlopende professionele integratie van de discipline wijkverpleging, werd dit des te moeilijker.

Aan het eind van 1975 was de situatie wat betreft de organisatie en de daarmee samenhangende problemen bij de discipline wijkverpleging wat verbeterd.

Deze verbetering is mede in de hand gewerkt door een verbetering van de relatie

tussen Kernteam en wijkverpleegkundigen enerzijds, en de S.S.R.K. anderzijds. Hierdoor drukte het probleem van de "dubbele loyaliteit" minder zwaar.

6.1.6. Het maatschappelijk werk

Het jaar 1975 ving aan met een bezetting van drie maatschappelijke werkers: Anneroo Klarenberg, Ans Boogaarts en Fred Keller.

De eerstgenoemde verliet het centrum in de loop van 1975 wegens gezinsuitbreiding en Fred Keller vertrok om andere persoonlijke redenen.

Er ontstonden twee vakatures waarvan een niet is vervuld en de tweede per 1 januari 1976 werd vervuld door Tineke van der Wel.

De caseload, vrijwel zonder free access, was blijkens het jaarverslag van 1975 7%. Vergeleken met het stedelijk gemiddelde van 3% is dit getal vrij hoog.

Het lijkt gerechtvaardigd om te veronderstellen dat de specifieke doelstelling van het team met betrekking tot probleemgedrag, toeneming van de vraag naar hulpverlening door het maatschappelijke werk heeft veroorzaakt. De organisatie van de hulpverlening van het maatschappelijke werk week niet sterk af van het in deze discipline gebruikelijke patroon: een afspraakspreekuur waarvan de administratie door henzelf werd bijgehouden. In principe werkten de maatschappelijke werkers voor de gehele bevolking van de wijk Ommoord. Er was geen 24-uurs "service" en dit verschil in werkwijze met de andere disciplines maakte de positie van de maatschappelijke werkers daardoor een afwijkende.

Van den Hout omschreef dit verschil in termen van "doen en praten": De disciplines in het team zijn de wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen en de huisartsen en de praat-discipline is het maatschappelijke werk (v.d. Hout 1973).⁴⁰ Practisch organisatorische problemen van de hulpverlening door de maatschappelijke werkers waren in 1975 niet van uitzonderlijk belang.

Des te belangrijker waren, net zoals dat bij de wijkverpleegkundigen het geval was, de problemen met de werkgever van de maatschappelijke werkers, de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam.

6.2. De structureel organisatorische aspecten

Deze aspecten komen in het verslag diverse malen ter sprake: bij de doelstellingen, de communicatie, de praktische organisatie, de professionele aspecten en de rolaspecten.

Bij deze categorie is bovendien meermalen sprake geweest van een conflictsituatie. Er waren in 1975 drie werkgevers:

- de G.G.&G.D., die de werkgever was van de huisartsen, de fysiotherapeuten, de verloskundigen, de praktijkcoördinator, de assistent praktijkcoördinator, de praktijkverpleegster, de secretaresse en de doktersassistentes.
- de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam (S.M.W.R.), die optrad als werkgever van de maatschappelijke werkers.
- de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen (S.S.R.K.) als werkgever van de verpleegkundigen en de ziekenverzorgenden. De onderlinge relatie tot de drie werkgevers kreeg vorm in het Orgaan waarover eerst gesproken zal worden.

6.2.1. Het overleg met de werkgevers binnen het Orgaan

Het Orgaan was bedoeld als overleg waarbij de werkers in het Kernteam, de G.G. & G.D. en een vertegenwoordiger van de S.M.W.R. en de S.S.R.K. elkaar informeerden, en samen zouden kunnen komen tot beleidsvoorbereiding ten aanzien van het samenwerkingsverband als geheel. De praktijkcoördinator zat de vergaderingen van het Orgaan voor en namens de G.G. & G.D. nam deel Lamberts als medisch leider, aanvankelijk bijgestaan door een administratief ambtenaar van de G.G. & G.D. Voor de S.S.R.K. trad op één der directeurs en dit was ook het geval voor de

Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam.

Het Orgaan vergaderde in 1975 tien maal. Het bleek mogelijk om aan de hand van de notulen te zien wat zich op die vergaderingen heeft afgespeeld. Tijdens de eerste vergadering is een begin gemaakt door G.G. & G.D., S.S.R.K. en de S.M.W.R., met het maken van samenwerkingsafspraken tussen de diverse organisaties.

De vertegenwoordiger van de S.S.R.K. heeft getracht deze discussie structuur te geven door middel van de volgende ontleding:

- "doelstellingen en middelen van de organisaties waarop het overleg betrekking heeft en van het Kernteam naast elkaar leggen en vergelijken".
- "formuleren in welke mate de opvattingen van de organisaties en van dat deel van de bevolking, dat gebruik maakt van het Gezondheidscentrum, bij het Centrum betrokken kunnen worden op diverse vlakken, zoals b.v. de relaties binnen het Kernteam zelf en de relatie tussen het Kernteam en de bevolking".

Besloten werd dat bij de volgende bijeenkomst het Kernteam, de S.M.W.R. en de S.S.R.K. ieder zouden beschikken over een nota waarin de van belang geachte belemmeringen in de onderlinge werkrelatie tussen deze drie partijen op een rij zouden worden gezet. Deze knelpunten komen in het volgende chronologische overzicht op onsystematische wijze aan de orde.

Bij de aanvang van de volgende vergadering werd van de zijde van de S.M.W.R. en de S.S.R.K. een poging gedaan om het gewicht van het Orgaan zo nauwkeuring mogelijk in te schatten. In dat verband wezen de S.S.R.K. en S.M.W.R. de benaming "beleidsoverleg" van de hand. De actualiteit kreeg toen een hogere prioriteit en de rest van de beschikbare vergadertijd werd besteed aan het personeelsbeleid van de S.S.R.K. en de functie van de hoofdwijkverpleegkundige (h.w.v.), die zich, als voorbereiding op de volgende vergadering, op haar functie in het Gezondheidscentrum ging beraden.

De derde bijeenkomst werd gewijd aan de taak van de h.w.v. Zijzelf omschreef haar taak als volgt:

- "ondersteuning van de wijkverpleegkundigen op drie vlakken: inhoudelijk, organisatorisch en in het kader van de S.S.R.K."
- "het coördineren van het team van wijkverpleegkundigen".

In de discussie binnen het Orgaan die daarop volgde, achtte de h.w.v. het onmogelijk dat de in het team werkende wijkverpleegkundigen zelf het totaal van hun professioneel functioneren verantwoordden. Zij werd hierin bijgevalen door de aanwezige staffunctionaris van de S.M.W.R. De verpleegkundige deelde daarop namens haar gehele discipline mee dat het team wijkverpleegkundigen in het Gezondheidscentrum geen behoefte meer had aan een h.w.v.

De daarop volgende zitting stond in het teken van de verzoening.

Eén der directeurs van de S.S.R.K. constateerde dat het oorspronkelijke doel van het Orgaan: het tot stand brengen van een samenwerkingsovereenkomst, nog veraf was. Hij betreunde de opgetreden polarisatie.

Lamberts drong aan op het ondertekenen door de S.S.R.K. en de S.M.W.R. van tenminste een intentieverklaring m.b.t. de samenwerking. Deze verklaringen waren noodzakelijk voor het verkrijgen van subsidiegelden krachtens de voorlopige stimuleringsregeling voor Gezondheidscentra. Dit punt werd verwezen naar een kleine commissie, waarin zitting hadden de medisch leider en de beide directeurs.

Voor een hierop volgende vergadering bereidde een eveneens ingestelde agenda-commissie de volgende punten voor:

- "vakature bij het maatschappelijk werk
- sollicitatieprocedure voor de vervulling van deze vakature
- de betekenis van maatschappelijk werk in de wijk
- de functie van het Orgaan zelf".

Ter vergadering deelde de S.M.W.R.-directie mee dat er geen extra maatschappelijk werker in het Gezondheidscentrum zou komen; wel was het mogelijk dat er een

nieuwe vestiging van het Algemeen Maatschappelijk Werk in het Communicatiecentrum zou komen, die bemand zou worden met twee maatschappelijk werkers. Deze post was sinds het experiment in de jaren 1972 en 1973 onbezet gebleven. De directie was van mening dat de functie van het maatschappelijk werk een algemene voor de hele wijk moet zijn en niet een aan een bepaald systeem, b.v. de gezondheidszorg, gekoppeld hulpverleningssysteem. Vanuit de S.M.W.R. bestond behoefte aan nadere en vooral ook inhoudelijke informatie over het maatschappelijk werk zoals dat in Ommoord functioneerde.

Vooral van de kant van de S.M.W.R. werd de functie van het Orgaan gezien als een preventieve, vooral met betrekking tot potentiële conflicten tussen de gesprekspartners.

Ten behoeve van een volgende bijeenkomst is door de wijkverpleegkundigen in overleg met de praktijkcoördinator en de S.S.R.K. een profiel voor de functie van hoofdwijkverpleegkundige opgesteld. Er zou door het Kernteam ook een profiel worden gemaakt voor de nieuwe maatschappelijk werker.

De stimuleringsregeling had inmiddels bij de uitvoering enige vereenvoudiging ondergaan. In plaats van de aanvankelijk voor het verkrijgen van een subsidie noodzakelijke detacheringsovereenkomsten t.a.v. maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen was slechts een door de participanten G.G. & G.D., S.M.W.R. en S.S.R.K. ondertekende intentieverklaring nodig. In de verklaringen werd de intentie tot samenwerking door de instelling vastgelegd en werden de medewerkers met name genoemd. Deze verklaringen moesten te zijner tijd worden vervangen door samenwerkingsovereenkomsten.

De verklaringen werden door de betrokkenen getekend en met de noodzakelijke financiële informatie naar het Ministerie gezonden.

Beschouwt men het functioneren van het Orgaan over het gehele jaar, dan valt een aantal aspecten op:

- 1) aanvankelijk is doelbewust, met name door het Kernteam, gestreefd naar vastlegging van de verantwoordelijkheid van de diverse participanten t.a.v. de multidisciplinaire samenwerking.
- 2) er is een machtsconflict ontstaan tussen Kernteam enerzijds en S.S.R.K. en S.M.W.R. anderzijds, waarbij de positie van de dubbele loyaliteit van de medewerkers accent kreeg.
- 3) de actuele "dreiging" van formalisering van de samenwerking door middel van detachering- en samenwerkingsovereenkomsten is verminderd, toen bleek dat voor het subsidie volstaan kon worden met een betrekkelijk onschuldige intentieverklaring.
- 4) een probleem tussen S.S.R.K. en Kernteam, betreffende positie en persoon van de toenmalige h.w.v., is in theorie opgelost, maar toetsing van het nieuwe profiel in de praktijk is nog niet mogelijk geweest doordat tot dan toe in de vakature niet was voorzien.
- 5) van een dergelijke positieve ontwikkeling kon toendertijd t.a.v. de S.M.W.R. nog niet worden gesproken.
- 6) nadat aanvankelijk leek dat het Orgaan een beleidsbepalende rol zou kunnen spelen, gaf de ontwikkeling in de tweede helft van 1975 een geheel ander beeld: er is slechts sprake geweest van informatie-uitwisseling en van een mogelijke preventieve functie bij potentiële conflicten, die voornamelijk in de sfeer van het personeelsbeleid lagen.
- 7) de rol van de G.G. & G.D. als werkgever is in het Orgaan vrijwel niet expliciet aan de orde geweest.

6.2.2. De relatie met de gemeente Rotterdam

Dat in het Orgaan niet over de G.G. & G.D. als werkgever is gesproken, betekende niet dat in 1975 - het eerste jaar van het dienstverband bij de gemeente Rotterdam voor de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten en assistentes, structureel-organisatorische aspecten in dit verband niet ter sprake zijn geweest. De inpassing van een bestaand team binnen een groot organisatieverband als een G.G. & G.D., maakt in de aanvangsfase talloze praktisch organisatorische handelingen noodzakelijk zoals salarisregelingen, bevoorrading, communicatielijnen, overdracht van financiële administratie, overdracht van instrumentarium en andere onderdelen van de inventaris. Mede doordat pas eind januari officieel de beslissing over het dienstverband in de Rotterdamse gemeenteraad viel, was een geforceerde afwikkeling van deze zaken nodig.

Op het tot stand komen van het dienstverband zal op deze plaats ingegaan worden in de vorm van commentaar op ondermeer de uitvoerige, meer feitelijke, beschrijving die is te vinden in een publicatie van Lamberts (Huisarts en Wetenschap 1975).⁴⁹ De motivering voor het dienstverband was als volgt gegroeid: Het gebruik van het gezondheidscentrum door de diverse disciplines in het team, had een aanmerkelijke verzwaring van de financiële lasten met zich meegebracht. Ook was veel tijd en aandacht nodig voor de interne organisatie van het team.

De financiële lastenverzwaring noodzaakte tot een flinke "omzet" en aldus, mede door de aandacht die aan de organisatie gegeven moest worden, kwam de inhoudelijke kant van het werk enigszins in de verdrukking.

Daarbij kwam nog het verschil tussen de beoefenaren van vrije beroepen en diegenen die al langer in dienstverband werkten. De teamleden waren allen van oordeel dat de bovenstaande factoren belemmerend werkten en dat eliminatie van deze factoren de samenwerking zou bevorderen.

Het was duidelijk dat gestreefd diende te worden naar een zoveel mogelijk uniforme organisatievorm voor alle in het centrum werkende hulpverleners, kortom een gemeenschappelijk dienstverband. Men was het er voorts over eens dat de gemeente Rotterdam als werkgever het eerst in aanmerking kwam. De G.G. & G.D. heeft vanaf het begin aan als een belangrijke externe factor een ondersteunende rol gespeeld in de totstandkoming van het Gezondheidscentrum. Op grond van rapportage van de directeur van de G.G. & G.D. (juli 1974) kan men vaststellen dat: "hij van mening is dat er voor de G.G. & G.D. en de gemeente ook een beleidstaak ligt bij de indiening van het team. En dat het een taak van de G.G. & G.D. is om haar aandeel en het beleid rond de extra murale gezondheidszorg in deze vorm uit te breiden".

Het gevolg van deze ontwikkeling was, dat gestreefd zou worden naar een dienstverband bij de gemeente Rotterdam. Toch werden ook andere mogelijkheden gezien.

6.2.3. Alternatieven voor een dienstverband

In zijn overzicht noemt Lamberts een aantal alternatieven voor het dienstverband bij de G.G. & G.D. Niet vermeld werd een plan, wat in 1972 bij de groepspraktijk heeft bestaan en wat op grond van dezelfde motivering voorzag in een dienstverband bij de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit plan zou een nauwe affiliatie (ook personeel) met het Rotterdamse Universitair Huisartsen Instituut in moeten houden.

Bij de opening van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut in 1973 bepleitte de toenmalige decaan van de Medische Faculteit te Rotterdam samenwerking tussen het nieuwe geopende instituut en het Gezondheidscentrum Ommoord.

Affiliatieplannen stuitte op bezwaren bij de staf van het huisartseninstituut wat in eerste instantie de voorkeur gaf aan de eigen opbouw boven een nauwe samenwerkingsrelatie met het centrum op dat moment.

Een tweede alternatieve mogelijkheid om een dienstverband aan te gaan werd door

Lamberts terloops vermeld: de S.S.R.K.

Een van de directeurs van de S.S.R.K. zag een mogelijkheid om een dienstverband voor het gehele team in het organisatorische kader van de S.S.R.K. te realiseren. De kruisverenigingen bezonnen zich op de ontwikkeling in de toekomst en hun toekomstige plaats als particuliere ledenorganisatie in de eerstelijns gezondheidszorg. Dat veranderingen in de structuur van die gezondheidszorg zeker niet aan de traditionele Kruisorganisaties voorbij zullen gaan is in de afgelopen jaren duidelijk geworden. Een experiment met indienstneming van een multidisciplinair samengesteld eerstelijns gezondheidsteam zou in een dergelijke situatie zeker als een welkome primeur gefungeerd hebben. Anders dan bij de gemeente Rotterdam was er bij de S.S.R.K. geen sprake van enige voorbereiding op deze situatie die met het dienstverband zou ontstaan.

De mogelijkheid kwam bovendien ter sprake op het moment dat de besprekingen met de gemeente in een vergevorderd stadium waren gekomen (medio 1974).

Het verschil in doelstellingen tussen S.S.R.K. en het team van het Gezondheidscentrum Ommoord werd als te groot beschouwd en de voor de overbrugging van het verschil noodzakelijke stappen als te groot beoordeeld, en ook dit plan werd verlaten.

Alternatieven voor de bestuursvorm van het dienstverband werden ook door Lamberts beschreven:

- de functionele raadscommissie, waarmee wordt bedoeld een commissie ex artikel 60 e.v. van de Gemeentewet. Het beheer van het Centrum zou in dit geval toevertrouwd worden aan een commissie bestaande uit gemeenteraadsleden, vertegenwoordigers van de G.G. & G.D. en vertegenwoordigers van het team. Een dergelijke commissie kan van het gemeentebestuur bevoegdheden gedelegeerd krijgen b.v. betreffende personeelsbeleid en financiën, en staat buiten de structuur van de bestaande gemeentelijke diensten. Ook deze positie zou een nieuwe geweest zijn.

Een belangrijk verschil met de huidige situatie zou geweest zijn dat bij een dergelijke structuur, het gehele team één organisatorisch verband gekend zou hebben. Dit bleef het einddoel bij het streven naar een dienstverband.

In 1974 echter bleek dat dit verre stadium, wat in de toekomst ook mogelijkheden openlaat om bijvoorbeeld de deelgemeenteraad of andere bestuursstructuren in een wijk bij het bestuur van het Gezondheidscentrum te betrekken, nog niet haalbaar was, zodat de directeur van de G.G. & G.D. in zijn brief aan de gemeenteraad voorlopig tot een dienstverband bij de G.G. & G.D. adviseerde.

Een, qua bestuursvorm tweede mogelijkheid, was die van een dienstverband bij een Stichting b.v. de eigen Stichting Kernteam, of een Stichting van Rotterdamse Raad voor de Volksgezondheid. Deze Raad zelf, die binnen de gestelde termijn niet tot een volledig eigen advies over het dienstverband kon komen bleek, weliswaar op grond van mondelinge informatie, het meest voor een dergelijke oplossing te voelen. Een dergelijk dienstverband zou zich ongetwijfeld polair ten opzichte van een dienstverband bij de overheid, in dit geval de gemeente, verhouden hebben. Het belangrijkste bezwaar tegen deze bestuursvorm vanuit het Kernteam was gericht tegen de stichtingsvorm als zodanig, die als onzeker, ondoorzichtig en ondemocratisch gezien werd. Zonder enige twijfel hebben actuele problemen met autonome stichtingsbesturen van gezondheidszorginstellingen bij deze opinievorming binnen het team een rol gespeeld.

6.2.4. Besluitvorming over het dienstverband

In de brief van het College van Burgemeester en Wethouders aan de gemeenteraad van 14 januari 1975, waarin het voorstel tot indienstneming van de vrije beroeps-beoefenaren vermeld en beargumenteerd werd gaf het College de volgende overwegingen:

- ” – stimulering van gezondheidscentra moet krachtens het gehanteerde politieke programma plaatsvinden.
 - de gemeente heeft zijn directe verantwoordelijkheid voor het scheppen van voorwaarden tot de gunstige ontwikkeling van Gezondheidscentra en eerste-lijns gezondheidszorginstellingen.
 - gezien het bovenstaande heeft de gemeente Rotterdam verantwoordelijkheid t.a.v. het Gezondheidscentrum Ommoord waarmee langdurige banden werden onderhouden.
 - gezien het experimentele karakter van het dienstverband wordt een evaluatie noodzakelijk geacht om na een aantal jaren een uitspraak te kunnen doen over het functioneren van het team in dienstverband”.
- (Brief van het College d.d. 14 januari 1975.)

6.2.5. Evaluatie van het dienstverband

Bij het besluitvorming over het dienstverband werd een motie aangenomen die de evaluatie van het dienstverband moest bepalen. Een daartoe ingestelde evaluatie-commissie onder voorzitterschap van de wethouder van Volksgezondheid moest aan de gemeenteraad voor 1 januari 1977 verslag over het functioneren van het dienstverband uitbrengen.

Deze brief zou later een belangrijke rol gaan spelen toen bij het vertrek van huisarts Bakker een conflict ontstond over zijn opvolging. De passage in de brief die in dit opzicht van belang was, handelde over de praktijknorm van de huisartsen. De formulering bleek voor meerdere interpretaties vatbaar en in de verwarde discussie (die overigens niet tot enig besluit van de zijde van de Gemeente leidde), bleek bovendien dat ondanks de in de brief aangehaalde argumenten van ondersteuning en bevordering, het beleid niet primair op inhoudelijke gronden werd gevoerd.

6.2.6. Relatie met planning van het Welzijnswerk

Een toekomstige ontwikkeling die mogelijk van invloed zou zijn op de positie van het wijkgezondheidscentrum in Ommoord, werd gevormd door de planning van de wijkwelzijnsvoorzieningen op wijkniveau. De gemeente Rotterdam ontvouwde plannen over dit onderwerp. De in deze plannen geaccentueerde decentralisatie zou voor het wijkgezondheidscentrum kunnen betekenen dat de deelgemeenteraad middels een door die raad ingestelde beheerscommissie, waarin dus ook de wijkbewoners - consumenten - zitting hebben, zou worden bestuurd.

6.2.7. De inpassing in het gemeentelijk apparaat

In de beginfase is veel aandacht besteed aan de praktische gang van zaken rond de indiensttreding, terwijl de meer inhoudelijke kant van de relatie tussen de gemeente Rotterdam en het team niet diepgaand aan de orde is gekomen. Dat was niet verwonderlijk omdat, hoewel het tot stand komen van het dienstverband voor het team een verdere formalisering van de samenwerking betekende, de positie op zich van de groep eerstelijns hulpverleners in een gemeentelijke dienst als experimenteel gekenschetst kon worden. Er is daarom in de verhouding tussen de gemeente en hulpverleners weinig op voorhand geformaliseerd. Deze gang van zaken hiel zowel een voor- als nadeel in. Een voordeel was de aldus verkregen speelruimte, die een experiment als het samenwerkingsverband nodig had. Een nadeel was dat bij zich voordoende conflicten tussen de gemeente als werkgever en de ambtenaren-hulpverleners onvoldoende passende handvaten aanwezig waren om dergelijke conflicten op te lossen. Bestond in een dergelijke situatie geen plan om de relatie gaandeweg meer in detail te structureren dan konden beide partijen vervallen in "ad hoc" besluitvorming.

Er is wel iets vastgelegd:

- in de eerste plaats zijn de rechten en plichten van de ambtenaar ook gaan gelden voor de bij de gemeente in dienstgetreden hulpverleners; maar niet is nagegaan wat voor specifieke problemen dit t.a.v. de huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen met zich mee zou kunnen brengen.
- in de tweede plaats heeft de groep nieuwe G.G. & G.D.-werknemers tezamen de status van een nieuwe afdeling gekregen met een eigen medisch leider. Zodoende is - gedeeltelijk althans - een aanpassing tot stand gekomen aan het hiërarchische systeem van de G.G. & G.D.
- de logistieke betrekkingen zijn middels de praktijkcoördinator, die optrad als administratieve chef, vastgelegd. Ook werd in onderling overleg begonnen met het maken van functiebeschrijvingen.
- Tenslotte gaf het raadsbesluit en de daarbij ingediende motie aanleiding tot de instelling van een zogenaamde evaluatiecommissie die voor 1 januari 1977 verslag zou moeten uitbrengen aan de gemeenteraad over het functioneren van het dienstverband.

6.2.8. Ontwikkelingen in andere centra

Het rapport van de directeur van de G.G. & G.D. verscheen als publicatie in Medisch Contact. (Burema 1975).¹⁸ Schouwstra en Homan reageerden als huisartsen in dienstverband bij de Philips Medische Dienst hierop. Hun conclusie was dat het dienstverband voor alle werkers in een eerstelijns team voor consument en werkers meer voor- dan nadelen heeft en de structuur van de eerstelijns gezondheidszorg versterkt. De problemen die zich (kunnen) voordoen bij het aangaan van een dienstverband, zijn volgens Schouwstra en Homan niet wezenlijk verschillend van de problemen die zich voor kunnen doen tussen werkgevers en werknemers in het algemeen. (Schouwstra e.a. 1975).⁷⁶

Een afvaardiging van de centra in Hoensbroek, Philips Eindhoven, Ommoord en Venlo had over de financiële problematiek van de afzonderlijke gezondheidscentra een gesprek met een delegatie uit de vaste commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer. Dit gesprek vond plaats eind 1974 en had als uitgangspunt de wens om tot één dienstverband voor alle werkers in de diverse centra te komen. Daarnaast werd duidelijk gemaakt dat gestreefd diende te worden naar een landelijke honoreringsnorm voor huisartsenpraktijken van 2200 "zielen".

In de diverse centra zijn andere oplossingen van deze problemen gekozen:

De huisartsen in Venlo waren in dienst van een Stichting die hoofdzakelijk door de ziekenfondsen beheerd en bestuurd werd, (Gezondheidscentrum Withuis 1977),⁸⁰ in Hoensbroek was men met de ziekenfondsraad in een vergevorderd stadium van onderhandeling omtrent de integrale kostenvergoeding. Andere in Nederland functionerende centra, zoals in Apeldoorn, Utrecht en Den Haag hebben voor de hier weergegeven structurele problemen nog geen oplossing gevonden.

6.3. Commentaar op de ontwikkelingen

Bij de beschrijving van het Centrum als organisatie is voornamelijk uitgegaan van het zogenaamde doel- of rationele organisatiemodel. Doelstelling en doelbereiking staan in dit model centraal.

Bij de beschrijving is reeds gebleken dat de formulering van de doelstellingen ongeveer zes jaar in beslag heeft genomen en dat in het zevende jaar formalisering van interne en externe afspraken (institutionalisering) tot stand kwam.

De doelstelling is, blijkens het gemeenteraadsbesluit, door de gemeente min of meer

overgenomen voorzover het de vrije beroepsbeoefenaren betreft. Het toch wel unieke feit deed zich voor dat een bestaande gemeentelijke organisatie een nieuwe afdeling adopteerde, waarbij de doelstellingen en functies van onderaf bepaald waren: door de uitvoerende werkers. Doelstellingen en functioneren werden dus niet van gemeentewege vastgesteld.

Wel heeft de gemeente zich van te voren georiënteerd over de werkwijze en de doelen van het team, en leken de opvattingen hierover binnen de politieke opvattingen van het gemeentebestuur te passen. Het valt niettemin te verwachten dat bij het operationaliseren van de bedoelingen die de gemeente heeft gehad toen zij het centrum adopteerde, discrepanties aan het licht zullen treden tussen die bedoelingen enerzijds en het Gezondheidscentrum anderzijds, met de G.G. & G.D. als derde partij. Het is wellicht eveneens te verwachten dat discrepanties en eventuele conflicten in die sfeer zullen leiden tot oplossingen met een meer formeel karakter.

Er kan een aantal types van verantwoordelijkheden van de teamleden in de nieuwe situatie worden onderscheiden:

- de professionele verantwoordelijkheid van iedere hulpverlener op zich. Deze verantwoordelijkheid kan niet worden overdragen aan welke andere partij ook.
- de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het hele team die voortvloeit uit de geformuleerde doelstellingen.
- de arbeidsrechtelijke verantwoordelijkheid die samenhangt met posities van de drie werkgevers en hun respectievelijke werknemers.

De gezondheidszorgorganisatie wordt wel globaal onderscheiden in drie verschillende sectoren:

- de uitvoerende sector: de werkers
- de ondersteunende sector
- de beheerssector.

De laatste twee sectoren worden ook wel samengevoegd. De gemeente Rotterdam heeft vóór 1975 in het licht van deze indeling, voor het samenwerkingsverband als ondersteunende factor (of systeem) gefunctioneerd, terwijl de uitvoering en het beheer bij het team zelf berustte. Er was in die fase sprake van een zekere onafhankelijkheid.

Na het tot stand komen van het dienstverband is de gemeente behalve ondersteunend systeem ook beherend systeem geworden. Dit beheer liet echter in de aanvangsfase in 1975 de nieuwe afdeling veel ruimte om zelf de koers te bepalen. De onafhankelijkheid veranderde wat men zou kunnen noemen in zelfstandigheid. De toekomst zal moeten leren of in deze situatie wellicht verandering zal of moet komen.

7. Relatieaspecten

7.1. Inleiding

De beantwoording van de tweede vraag zoals die in Hoofdstuk I is weergegeven: "Hoe is de samenwerking tussen de diverse disciplines en personen geweest?" wordt niet alleen gevonden in een beschrijving van de organisatie, de onderlinge communicatie en de verdeling van de diverse leiderschapsfuncties, maar ook in de onderlinge relaties tussen de deelnemende personen. Informatie met betrekking tot de aard van dit relatiepatroon en de veranderingen die daarin plaatsvonden is niet rechtstreeks uit het bewerkte bronnenmateriaal te verkrijgen, omdat deze gegevens veelal niet expliciet en niet continue zijn vastgelegd.

Om deze reden is in deze paragraaf afgeweken van de indeling in perioden, zoals die tot nu toe in het verslag is gehanteerd. De afwijking houdt in dat in deze paragraaf - voor zover het geschreven materiaal zulks toelaat - relatieaspecten vanuit de gehele verslagperiode zullen worden vermeld.

Blijft dit afwijken van de tijdsindeling achterwege, dan zou de spaarzame informatie op dit punt als onduidelijk en fragmentarisch beoordeeld worden.

Naast de beperktheid van de informatie in kwantitatieve zin, is er in het bronnenmateriaal ook nog een beperking in kwalitatieve zin te constateren.

De aangetroffen gegevens hebben in belangrijke mate betrekking op problemen in de relationele sfeer, die tot een discussie in het team aanleiding hebben gegeven. Lamberts gaf in een publicatie over de teamvorming aan, hoe zeer ook in het Ommoordse team relationele processen interveniëren in de diverse fases van de teamontwikkeling. (Lamberts 1974).⁴⁵

Door de accentuering van problemen wordt naar buiten toe wellicht een negatief beeld van de samenwerkingsprojecten gegeven.

Een dergelijk beeld zou wat betreft het team in Ommoord tot een verkeerde conclusie kunnen leiden, omdat positieve aspecten van het relationele proces, zoals het graag bij de groep behoren, de ervaren cohesie, de vriendschappelijke relaties met andere teamleden en het daarop kunnen terugvallen ook bij individuele problemen, nooit ontbraken.

In de tweede plaats mag men vaststellen dat relationele problemen geen negatief kenmerk behoeven te zijn van het relationele proces.

In de verslagperiode zijn bijvoorbeeld geen teamleden vertrokken als gevolg van niet opgeloste problemen van deze aard.

De onderlinge beïnvloeding van taak- en relatieaspecten moet wel van onbekende en ook ongunstige aard zijn, wanneer relaties alleen door problemen gekenmerkt zouden worden.

Tenslotte bewijst de stabiliteit en het goed functioneren van het team in Ommoord dat positieve wederzijdse beïnvloeding van relatie- en taakaspecten plaats vindt.

In het eerste hoofdstuk zijn een tweetal, niet geheel met elkaar in overeenstemming zijnde theorieën over de bedoelde beïnvloeding weergegeven. De opinie van de meerderheid van het Kernteam, zoals die weergegeven is in een der vergaderingsverslagen, was dat de goede onderlinge verhoudingen de werksatisfactie vergrootten. Hierbij kon een aantal teamleden, maatschappelijk werkenden en wijkverpleegkundigen deze en hun vorige werksituatie(s) vergelijken.

7.2. Persoonlijk functioneren

Het persoonlijk functioneren als individueel hulpverlener en als teamlid, werd door het team gezien als het eerste object voor verbetering onder invloed van goede onderlinge verhoudingen.

Dit persoonlijk functioneren van de hulpverleners is in geringe mate onderwerp van gesprek geweest in de Kernteamvergaderingen.

Er is niet systematisch vastgelegd in hoeverre dat eveneens het geval was in de meer besloten kring van de eigen discipline. In de bronnen komen mededelingen voor betreffende dergelijke ontwikkelingen en die golden dan vooral de disciplines huisartsen, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten. In de bijeenkomsten van het Kernteam is het persoonlijk functioneren vooral aan de orde gekomen bij het bespreken van de problemen rond de stervensbegeleiding.

Daarnaast is het evaluatie-onderzoek met betrekking tot het probleemgedrag aanleiding geweest voor de huisartsen om hun persoonlijk functioneren, (en ook de eigen werkwijze en die van de anderen), ter discussie te stellen.

Het aan de orde stellen van het persoonlijk functioneren vereist acceptatie over en weer. Het bezig zijn met die acceptatie is door Gibb weergegeven als eerste aandachtspunt in de opbouw van de relatie. Bestaat geen twijfel meer over de acceptatie, dan kan vrije uitwisseling van gevoelens en andere informatie plaatsvinden en kan een gezamenlijk doel worden geformuleerd. Regelmatige evaluatie (controle) van de gezamenlijke activiteiten volgt daar weer op als vierde aandachtspunt (Gibb 1974).³²

7.3. Begeleiding van buiten

In de historie van het team in Ommoord is een ontwikkeling zoals Gibb die beschrijft aan te wijzen, met name in de twee periodes waarin begeleiding van buitenaf werd verkregen.

7.3.1. Begeleiding van de huisartsen

In de jaren 1970 - 1972 werd de huisartsengroep begeleid door A. Hazewinkel. Het initiatief daartoe was door de groep zelf genomen.

De motivering was gegeven in de behoefte om aan wederzijdse onduidelijkheid, onbekendheid en onjuiste beeldvorming een eind te maken.

Het nagestreefde doel zou moeten bestaan uit een grote openheid, bekendheid met elkaars doelen (ook privédoelen) en een herverdeling van taken en initiatieven, die tot dan toe uitsluitend bij Lamberts gelegen waren, over de hele groep.

Het naast elkaar wonen van Lamberts, Bakker en Riphagen gaf bovendien aanleiding tot sterke vermenging van werk- en privéleven: alle vergaderingen werden bijvoorbeeld bij één van de artsen gehouden. Het feit dat Braams ergens anders woonde, gaf weer een ander probleem, n.l. dat van zijn isolement.

De uitbreiding van de groep met de beide vrouwelijke huisartsen Marijke Schulten en Jeanne van der Schoot gaf bovendien een tweetal nieuwe problemen: de groep kreeg te maken met twee vrouwelijke, gehuwde collegae, en voor het eerst kwamen er twee volslagen onbekenden bij de groep. In de periode 1968 tot 1973 waren de relaties van de huisartsen met de andere disciplines en de vertegenwoordigers daarvan nog niet zo uitgesproken, ook door de verspreiding van de werkruimten over de gehele wijk. Deze relaties bleven vaak beperkt tot individuele contacten.

De begeleiding die de huisartsen, in avondzittingen, kregen, werd gegeven door A. Hazewinkel, destijds als onderwijspsycholoog verbonden aan de Medische Faculteit te Rotterdam.

Richtpunt van de begeleiding was het functioneren van de groep als samenwerkingsverband. "Persoonlijke groei", vormde geen primair doel. De intensieve en emotionele begeleiding heeft voor de huisartsengroep een aantal dingen wel, en een aantal dingen niet opgelost. Het "resultaat" werd als volgt samengevat:

- "de cohesie van de groep is toegenomen en de twee vrouwelijke huisartsen worden in grotere mate geaccepteerd".
- "er is een begin gemaakt met de scheiding van werk- en privédoelen".
Een voorstel om ook de echtgenotes in de training te laten meedoen, kreeg geen meerderheid. Tot dan toe onopgeloste problemen, die ook wellicht onoplosbaar waren, werden daarna buiten beschouwing gelaten.
- "de communicatie binnen de groep is opener geworden".
- "een andere taakverdeling, ook ten aanzien van het extra werk (naar aanleiding van de bouw van het Gezondheidscentrum) is tot stand gekomen. Met name Braams en Riphagen zijn in sterkere mate betrokken bij dit soort activiteiten. Desondanks verandert er in de leiderspositie van Lamberts in principe weinig".
- "er is ook een begin gemaakt met formaliseren van een aantal afspraken. Zo is men begonnen te notuleren en zijn belangrijke zakelijke afspraken rond de noodzakelijke praktijkvergroting van Bakker gemaakt en ook nagekomen".
- "onjuiste beeldvorming is verminderd, maar is niet geheel verdwenen".

7.3.2. Begeleiding van het gehele team

Het relationele proces in de huisartsengroep en de toename van de cohesie binnen die groep werden in die periode ook nodig geacht voor de overgang naar het Gezondheidscentrum en de gelijktijdige samenvoeging van alle disciplines. De andere disciplines ontvingen in die periode geen begeleiding.

De huisartsen voelden zich als groep primair verantwoordelijk voor de opbouw van het team, en stelden om dat te kunnen doen, eerst orde op eigen zaken. Vanuit de

huisartsengroep kwam ook het voorstel om verdere begeleiding te laten plaatsvinden, maar dan voor het gehele team. Het team (21 personen) was na de overgang naar het Gezondheidscentrum in begin 1973, uit praktische overwegingen in twee groepen opgesplitst (zie hoofdstuk III).

Medewerkers van het Instituut voor Voorlichtingskunde en Communicatie (IVC): N. in 't Veld, E. van Praag en J. van Helsdingen, namen de begeleiding ter hand. De werkwijze ging uit van de twee bestaande groepen met een plenaire zitting van het hele team aan het begin en aan het eind.

Financiering van de begeleiding werd geregeld middels de verkregen subsidiegelden.

Alle disciplines namen aan de begeleiding deel. De doelen waren als volgt geformuleerd: "elkaar beter leren kennen, betere communicatie tot stand brengen en gezamenlijk doelen vaststellen". Hieruit blijkt dat ook deze begeleiding niet gericht was op persoonlijke groei, het was ook een duidelijke functietraining.

Blijkens het evaluatieverslag, uitgebracht door de trainers van het I.V.C., is op de volgende niveau's gewerkt

- "het individuele niveau; vier teamleden brachten persoonlijke problematiek, gedeeltelijk in de samenwerkingssfeer gelegen, naar voren".
- "het interpersoonlijke niveau: onderlinge acceptatie en communicatie waren hier de primaire richtpunten en deze ontwikkelden zich in positieve zin met name waar het de leden van de eigen discipline betrof".
- "de relaties tussen de verschillende subgroepen. Het betrof hier zowel aan het begin als aan het eind van de trainingsperiode vooral de relatie tussen de artsen-groepen en één of meerdere van de andere disciplines".

De begeleiders kwamen tot de conclusie dat het team zich door de geboekte resultaten op bovenstaande niveau's, als groep in positieve zin heeft ontwikkeld, met name wat betreft de wederzijdse acceptatie en de onderlinge communicatie.

Nog onvoldoende aandacht was besteed aan het formuleren en het operationaliseren van gezamenlijke doelstellingen, het vastleggen van een ieders verantwoordelijkheid en de toekenning van het leiderschap.

Nadat dus eerst de huisartsengroep tot een hechter geheel was gemaakt, is het hele team in de ontwikkeling van de groepsrelatie gekomen bij het aandachtspunt van de doelstellingsformulering (Gibb).

Het beëindigen van deze begeleiding sloot de "relationele" golf in de ontwikkeling van het team af. De hieropvolgende ontwikkeling in 1974 en in 1975 sloot aan op de conclusie van het I.V.C. en de daarmee samenhangende wensen voor de toekomst. (zie Hoofdstuk III).

7.3.3. De ontwikkeling na de agogische begeleiding

In Hoofdstuk III is weergegeven hoezeer het team zich heeft beziggehouden met de formulering van doelstellingen, zowel de afzonderlijke disciplines als het gehele team.

Het Kernteam kwam niet toe aan de leiderschapsproblemen, de dominerende positie van de huisartsen en de positie van Lamberts. Voor het team als collectief leken de uitvoering en controle, het vierde aandachtspunt van Gibb, in 1975 de primaire "preoccupatie".

Interpersoonlijke relaties kwamen aan de orde wanneer zich problemen in die relaties voordeden. Deze problemen, die de ontwikkeling van het team konden beïnvloeden, werden alle eerst op het niveau van individu of discipline benaderd. Disciplines werden primair verantwoordelijk gesteld voor de relationele inpassing van nieuwe leden binnen het snel groeiende team.

De groei van het Kernteam in 1975 was mede oorzaak van het feit dat de leden veel minder onderling sociaal contact buiten de werkuren hadden dan tevoren. Men

kende elkaar via en vanwege het werk.

Een gevolg hiervan was, dat het gedrag van de leden binnen het team meer taakgericht werd.

Behalve in de eigen discipline werden relationele factoren gesignaleerd, met name door de praktijkcoördinator.

Zij fungeerde weliswaar niet als intern agogisch begeleider voor de leden van het team maar lette wel op situaties waarin teamleden kennelijk minder goed functioneerden, of met een probleem zaten.

De wijkverpleegkundigen trachtten in 1975 eerst met behulp van een maatschappelijk werker uit het team en een van de huisartsen, en later met de praktijkcoördinator tot een oplossing te komen van hun interne - ook relationele - problematiek.

7.4. De leertrainingen voor het groepswerk

De enige expliciete gelegenheid binnen het samenwerkingsverband waarin persoonlijk functioneren en relationele aspecten, en soms ook persoonlijke problematiek aan de orde kwamen, was de leertraining, die werd gegeven aan de groepen-groep. Deze training werd gegeven als leertraining voor die teamleden die zich beschikbaar stelden voor het werken met de patiëntengroepen. Het zich eigen maken van technieken in het groepswerk kon moeilijk slagen zonder dat het eigen functioneren als hulpverlener daarbij aan de orde kwam.

De eigen functioneren werd beïnvloed door tal van factoren in het werk en in de privésfeer, zowel in positieve als in negatieve zin. Daarom werd aandacht besteed aan individuele en relationele aspecten in de trainingen. De inmiddels ontstane cohesie in deze groep en de hechte onderlinge relaties zijn snel duidelijk geworden en het verschil ten opzichte van de teamleden die niet aan deze groep deelnamen ging zich aftekenen.

De samenstelling van deze "groepen-groep" was multidisciplinair. Opvallend was dat de positie van deze subgroep geen aanleiding gaf tot een "ingroup-outgroup-conflict". De reden dat dit niet is gebeurd was mogelijk gelegen in het feit dat vanuit de groepen-groep steeds zeer duidelijk is gemaakt dat niet de onderlinge relaties, maar eigen functioneren als hulpverlener hoofddoel was van het werk in de leertrainingen.

Bij de beëindiging van de begeleiding van het Kernteam door het IVC stelde Bakker voor om de trainingsactiviteiten in de toekomst te focussen op het persoonlijk functioneren van het individuele teamlid als hulpverlener.

Op dat moment is het team als totaliteit daar niet toe overgegaan, maar wel is deze ontwikkeling ingezet binnen de groepen-groep.

7.5. Commentaar naar aanleiding van de begeleiding van buiten

De begeleiding van buiten, in eerste instantie van de huisartsengroep en in tweede instantie van het gehele team, is voornamelijk gericht geweest op het functioneren van de deelnemers binnen het samenwerkingsverband.

Voor de huisartsengroep verbeterde de onderlinge acceptatie en communicatie, de cohesie binnen de groep nam toe en er werd een begin gemaakt met het formaliseren van onderlinge afspraken.

Ook voor het hele team werden resultaten geboekt op het vlak van communicatie en acceptatie. Doelstellingsformulering en leiderschap bleven nog buiten beschouwing. Bruining geeft drie verschillende aandachtsvelden waarop externe begeleiding van multidisciplinaire teams in de eerstelijns gezondheidszorg zich meestal uitsluitend of in combinatie richt (Bruining 1979) ¹⁶:

- de interpersoonlijke verhoudingen
- de sociale vaardigheden
- de individuele vorming.

De auteur pleit zelf voor begeleiding die zich richt op "het organiseren van de

uitvoering van het werk”.

Nadere toespitsing vindt plaats op de twee doelstellingen die gewoonlijk worden gehanteerd: ”beter werken”, met alle inhoudelijke en procesmatige aspecten en ”persoonlijke en professionele ontplooiing”, ook weer met de daaruit voortvloeiende, te verwerven kennis en vaardigheden (Bruining 1979).¹⁶

De aard van de externe begeleiding van het team in Ommoord is in het licht van bovenstaande opvattingen beperkt te noemen. Er is vooral aandacht besteed aan de interpersoonlijke en intergroepsverhoudingen. Individuele professionele ontwikkeling en vorming was geen expliciet doel. Wel was dit het geval bij de leertrainingen ten behoeve van het groepswerk.

De beperkte aard van de begeleiding is geen belemmering geweest voor de nadere ontwikkeling van het relationele proces binnen het team, omdat na de preoccupatie met betrekking tot onderlinge acceptatie en communicatie in het kader van de begeleiding, het team ”op eigen kracht” tot doelstellingsformulering en het instellen van beheersingsmechanismen is gekomen.

7.6. Informele contacten

De zichtbare relaties in de dagelijkse omgang hadden, evenals tevoren, een informeel karakter. Het onderlinge verschil in leeftijd was niet groot. De Kernteamleden die het langst in het Centrum werkten, waren allemaal ”dertigers”. Sociale contacten van teamleden onderling vonden wel plaats, maar op beperkte schaal.

De sfeer was ongedwongen en vriendschappelijk. Bestaande verschillen van inzicht, verschillen in maatschappelijke status en in voorkeur voor bepaalde teamleden werden door dit gedrag enigermate aan het gezicht onttrokken.

7.7. Intergroepsverhoudingen en de visie van Crombie

Voor de beschrijving van het relatiepatroon binnen de totaliteit van het team is de publicatie van Crombie van belang (Crombie 1973).²⁴

Crombie beschrijft ”peerbondgroups” tegenover ”statusbondgroups” en hij introduceert het begrip ”servicegroup”.

De onderlinge relaties binnen een ”peerbondgroup” worden beschreven als informeel, terwijl rollen binnen zo’n team niet erg gedifferentieerd zijn. Deze groepen kennen geen hiërarchie en zijn als zodanig minder stabiel dan groepen met meer gedifferentieerde rollen en vastgelegde formele interne verhoudingen, de ”statusbondgroups”. Bij toepassing van deze beschrijving op de situatie in multidisciplinaire eerstelijns teams in Engeland, kwam Crombie tot de conclusie dat tussen artsen, maatschappelijk werkers en fysiotherapeuten een ”peerbond”-relatietype bestond en tussen deze groepen en de wijkverpleegkundigen en de assistentes een ”statusbond”-relatietype.

Hij beschrijft deze combinatie als instabiel en noemt als resultaat daarvan een sterke (dus ongunstige) doorstroming.

Groepen die voor vernieuwingen op een bepaald gebied zorgen, hebben daartoe een ”peerbond”-relatietype nodig, terwijl groepen die deze vernieuwingen in de praktijk moeten brengen beter functioneren wanneer zij een ”statusbond”-relatiepatroon hebben en een ”servicegroup” zijn.

Deze observaties van Crombie zijn van belang omdat zij in de literatuur over teams in de eerstelijns gezondheidszorg zeldzaam zijn.

Waarom tussen verpleegkundigen en assistentes enerzijds en de overige disciplines anderzijds een meer hiërarchische verhouding zou bestaan en de overige disciplines onderling meer op gelijkwaardig vriendschappelijke wijze verkeerden, vermeldt Crombie niet.

De veronderstelling dat stereotype beeldvorming in het eerste geval het statusver-

schil nauw verbindt met een gezagsverhouding ligt voor de hand. Bij een deel van het team in Ommoord - de verpleegkundigen en assistentes - was de beeldvorming niet geheel gecorrigeerd.

In de evaluatieverslagen van het Gezondheidscentrum Hoensbroek worden de twee door Crombie gesignaleerde relatietypen niet teruggevonden. Kijken we naar de beeldvorming in het Hoensbroekse team dan is er eerder sprake van een stereotype beeldvorming van de huisarts ten aanzien van het maatschappelijk werk, wanneer de rapporteurs spreken over "doe-disciplines" (huisartsen en verpleegkundigen) die zij tegenover de "praatdiscipline" (maatschappelijk werk) stellen.^{40 29}

In een eerdere fase van het Ommoordse team was er voor gewaarschuwd, dat de verpleegkundigen niet "het hulpje van de dokter" zouden moeten worden. Dat is ook niet gebeurd, maar in de beeldvorming bij deze discipline bleven hiërarchische verschillen meespelen.

Dat in de onderlinge verhoudingen de huisartsen een dominerende positie hadden, sloot het bestaan van "peerbonds" geenszins uit en ging niet noodzakelijkerwijs gepaard met een min of meer vastgelegde gezagsverhouding. De niet onaanzienlijke doorstroming bij de verpleegkundigen is in het licht van deze opvattingen meer toe te schrijven aan een stereotype beeldvorming bij de wijkverpleging dan bij de andere disciplines.

De positie van de praktijkassistenten was een enigszins andere.

Zowel in Hoensbroek als in Ommoord zijn de assistentes in mindere mate een volwaardige discipline geworden, vooral ook omdat zij in de praktijk hoofdzakelijk met de huisartsen te maken hadden.

De hypothese van Crombie dat vernieuwingsgroepen om te kunnen vernieuwen losse informele onderlinge relaties (peerbonds) nodig hebben, terwijl het omgekeerde geldt voor servicegroepen die de vernieuwingen moeten toepassen, kon nog niet aan de praktijk worden getoetst.

De situatie, waarin de gezondheidscentra en de daarin werkende disciplines zich bevonden, gaf vooralsnog weinig aanleiding om te veronderstellen dat de vernieuwingsfase voor die centra reeds voorbij is. Er was geen sprake van volledige acceptatie door "het veld" en van de teamleden werd voortdurend extra energie gevraagd om allerlei consequenties van de nieuwe positie onder ogen te zien en dat op de juiste wijze te verwerken.

Ook in het Kernteam bestond tijdens de vergaderingen regelmatig behoefte aan een zekere rust en consolidatie van het bereikte.

Deze zeer legitieme wens kwam niet aan vervulling toe doordat in 1975 b.v. de situatie van het nieuwe dienstverband zeer veel extra energie vroeg.

Voor de andere centra: het centrum Hoensbroek, het Withuis en het Gezondheidscentrum van de Philips Medische Dienst te Eindhoven, gold ook dat de pioniersfase nog niet is afgesloten.

Het mechanisme zoals door Crombie beschreven, veronderstelt dat vernieuwende groepen die samenwerken in de eerstelijns gezondheidszorg, zorgen voor een nieuw "product", wat voor de "afnemers" als een aanwinst moet worden beschouwd en vervolgens moet worden toegepast.

De vernieuwende groepen richtten zich vervolgens op een ander ontwikkelingsgebied. Er zijn meerdere redenen waarom deze gang van zaken onwaarschijnlijk lijkt. Ten eerste zijn er weinig criteria waaraan het product getoetst kan worden en deze criteria zijn dan ook nog meestal vastgesteld door de centra zelf. De acceptatie van het resultaat van nieuwe ontwikkelingen wordt daardoor vertraagd.

Ten tweede is samenwerking in de eerstelijns in belangrijke mate een kwestie van attitude van individuele hulpverleners. Ieder team wat een samenwerkingsverband aangaat op grond van resultaten en publicaties uit andere, reeds bestaande teams,

past niet een "product" toe, maar vervaardigt als vernieuwingsgroep zelf een nieuw product. De diversiteit die daarmee ontstaat, maakt de beoordeling van een gezondheidscentrum in Nederland wel moeilijker, maar is voorsnag onvermijdelijk.

Het is waarschijnlijker dat vernieuwingsteams zich op den duur zelf ontwikkelen tot de door Crombie genoemde service-teams, doordat via maatschappelijke acceptatie definitieve inbedding van de gezondheidscentra in de bestuurs- en beheersstructuur van de gezondheidszorg plaatsvindt. Wanneer dit gebeurt is niet te voorspellen. In het Gezondheidscentrum Ommoord werd een dergelijke ontwikkeling niet op korte termijn verwacht. De externe factoren die tezamen de aard en de hoeveelheid van de maatschappelijke steun uitmaken, zullen bij een dergelijke ontwikkeling een belangrijke rol spelen.

De ontwikkeling van de relaties in het team heeft in de jaren 1968 tot 1975 de algemene kenmerken van het door Gibb (1964)³² beschreven mechanisme vertoond: na veel aandacht gegeven te hebben in de jaren 1968 - 1973 aan onderlinge acceptatie en communicatie, waarbij de externe begeleiding heeft geholpen, was het team in 1974 toe aan doelstellingsformulering en werd in 1975 vervolgens gewerkt aan formalisering en controle.

In de volgende paragraaf zal worden gekeken naar de individuele invulling van rollen door een aantal teamleden en naar leiderschap.

8. De individuele invulling van rollen en het leiderschap

8.1. Inleiding

Persoonlijkheidskenmerken en onderlinge relaties bepalen naast de discipline waar men toe behoort, de plaats die men in het team inneemt. Uit de bronnen, vooral die van de jaren voor 1975, komt van een relatief klein aantal teamleden een omschreven invulling van hun rol naar voren.

In het eerste gedeelte van deze paragraaf zal per discipline een globale omschrijving worden gegeven van deze invulling.

In het tweede gedeelte wordt aan de hand van de Kernteamverslagen een poging gedaan om iets exactere informatie te geven over de verdeling van een aantal leiderschapsfuncties binnen het team in het jaar 1975.

8.2. Individuele invulling van rollen

8.2.1. Huisartsen en de praktijkcoördinator

Lamberts had door zijn informeel, en in 1975 ook formeel leiderschaps de meest duidelijk herkenbare rol.

Dit hield in de beginjaren ook in dat wanneer andere teamleden zich niet konden verenigen met een bepaalde beslissing, dit soms leidde tot een conflict. Deze niet altijd benijdenswaardige positie, die in 1975 niet wezenlijk werd aangetast, was bij de twee episodes waarin eerst de huisartsengroep in 1971 en 1972, en naderhand het hele team in 1973 en 1974 agogische begeleiding kreeg, voor Lamberts inzet als object voor verandering te zetten.

Marjo Lamberts, de praktijkcoördinator, verkreeg een positie waarin eveneens een aantal leiderschapsfactoren te herkennen waren. Dit leidde in 1975 tot een aantal machtsconflicten, waarbij haar positie versterkt werd.

De overige huisartsen vulden in veel minder duidelijke mate hun rol in. Riphagen nam een vertrouwenspositie ten opzichte van Lamberts in.

In Hoofdstuk I werd een publicatie van Bales en Slater aangehaald (Bales e.a. 1951).⁴ Daarin werd experimenteel vastgelegd dat in kleine groepen een aantal roldifferentiaties optreedt, waarbij een "idea man" en een "best liked man", zich aftekenen.

Het eerste type neemt het meeste initiatief en maakt de plannen. Het tweede type

streeft vooral naar waardering van de andere leden van de groep. Diegene die in beide opzichten het hoogste totaal behaalde, kwam uit op de hoogste plaats van de leiderschapsschaal.

Er is geen sprake van een daarop gericht sociaal psychologisch onderzoek in het team in Ommoord. Wel kan worden vastgesteld dat Henk Lamberts de rol van "idea man" steeds heeft vervuld. Lamberts en Riphagen hebben elkaar dikwijls in hun rol ondersteund. Het is mogelijk dat Riphagen daardoor een stabiliserende functie binnen het Kernteam heeft gekregen.

Van Bakker bestond eveneens een vrij omschreven beeld: hij was initiatiefnemer van het werken met patientengroepen en heeft veel belangstelling getoond voor wat genoemd wordt "alternatieve geneeskunde".

Met name het werken met patientengroepen en de daarmee samenhangende leertraining heeft hem een aparte positie bezorgd.

Het kwam er op neer dat hij "specialist" was op het gebied van groepen en mede als gevolg van de daarmee samenhangende veranderende beroepsrolopvattingen, een andere relatie kreeg met die teamleden die zich eveneens met het groepswerk bezig hielden.

Braams heeft zich in 1975 naast zijn deelname aan de huisartsenopleiding als huisartsbegeleider bij het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut bezig gehouden met de praktijk van de hulpverlening. Hij was actief betrokken bij de casuïstiekbesprekingen die voor het eerst sinds twee jaar weer in het centrum werden gehouden. Hij had een van de andere, "oudere" huisartsen afwijkende opvatting over de samenwerking met het wijkteam van de S.P.G.H. Uit het rolgedrag van Braams in het team bleek een neiging tot stabilisatie binnen het team en afsluiting van de primaire fase. Deze neiging en de behoefte aan individuele ontplooiing brachten hem soms in een positie van verzet tegen de leiders van het team.

Jeanne van der Schoot, vanaf 1975 de enige vrouw in de groep, onderscheidde zich als diegene die de zware last van de praktijkvoering met enige moeite kon combineren met de rol van moeder en huisvrouw.

Van Weel, de eerste "jongere" huisarts, kreeg in 1975 de positie van "coming man" toebedeeld. In dit jaar groeide zijn praktijk vrij sterk en zag hij niettemin kans onderzoeksinitiatieven te ontwikkelen.

Wolgast, de eerste huisarts die zijn specifieke beroepsopleiding van een huisartsopleider in het Gezondheidscentrum ontving (Lamberts), verkreeg een positie waarvan souplesse en een weinig op de voorgrond tredend gedrag belangrijke kenmerken waren.

Van Dijk tenslotte heeft zich in zijn eerste jaar blijkens de bronnen beperkt tot zijn eigen, zo juist verkregen positie, binnen het team: die van junior.

De bovenstaande beschrijving geeft wat de huisartsen betreft twee aanwijzingen: er bestaan opvallende verschillen in individuele posities en er is in de informatiebronnen een verschil in de mate van profilering aanwezig. Dit laatste verschil hangt waarschijnlijk voor een deel samen met het aantal jaren dat men teamlid was: hoe langer teamlid, hoe meer beschikbare informatie over de individuele invulling van de eigen rol.

8.2.2. De fysiotherapeuten

Ook bij de fysiotherapeuten werd het verschijnsel gezien dat hoe langer het betrokken teamlid aan het samenwerkingsverband deelnam, hoe meer omschreven zijn positie was. Een voorbeeld daarvan was fysiotherapeut Buyten.

Buyten kenmerkte zich in zijn gedrag door een vrij grote behoefte aan contact met en steun van de teamgenoten. Als een van de pioniers had hij de positie van "senior", maar streefde niet naar formele macht.

In 't Veld kwam na zijn intrede in het team achtereenvolgens in twee conflictsituaties terecht. Allereerst werd hij betrokken in een conflict binnen de eigen discipline. Dit

conflict was van relationele aard en de oplossing daarvan heeft veel tijd gevergd. Vervolgens was in 't Veld in een conflict gewikkeld met Lamberts betreffende de onderhandelingen over het dienstverband met de gemeente. Door deze gang van zaken is zijn rolinvulling binnen niet lange tijd tot stand gekomen.

8.2.3. De verloskundigen

Verloskundige Rita Visman werd in haar gedrag binnen het team van het Gezondheidscentrum gekenmerkt door een voorkeur voor zelfstandigheid en doelmatigheid.

Joke Hordijk, de tweede verloskundige, kenmerkte zich door haar vaak zeer kritische houding ten opzichte van meerdere aspecten van de samenwerking.

Zij voelde zich niet thuis en haar participatie bleef tot aan haar vertrek gering.

8.2.4. De overige disciplines

De praktijkverpleegster, Henny v.d. Heuvel, die voordien werkzaam was als wijkverpleegkundige, voelde zich bij de samenwerking nauw betrokken, en haar gedrag gaf deze betrokkenheid ook weer.

Maatschappelijk werkster Anneroos Klarenberg, die in de loop van 1975 vertrok, vertoonde een gedrag, dat gekleurd werd door haar primair gevoelsmatige benadering van de samenwerking en de problemen die daarbij optraden.

In het sterk van samenstelling wisselende team van wijkverpleegkundigen heeft Joke Zuidervaart in toenemende mate de positie gekregen van voorvechtster en pionier ten behoeve van haar discipline in het team.

Binnen de groep assistentes leken behalve het bij de ancienniteit behorend "historisch gevoel", ook de leeftijdsverschillen van belang voor de mate van profilering van de eigen positie.

8.3. Leiderschapsfuncties

8.3.1. Inleiding

Tot nu toe zijn in deze paragraaf observaties en impressies weergegeven. De indruk die wordt gegeven is dan ook verre van volledig en nadere analyse van het bronnenmateriaal is gewenst.

Samenvattend zij vermeld, dat in dit "vrije gedeelte" achttien van de deelnemende twee en veertig leden van het Kernteam voorkwamen. Bij deze achttien zijn alle acht huisartsen.

Een wat meer exacte - of liever minder onexacte - benadering van de invulling van de diverse rollen, is mogelijk door te kijken naar de verdeling van een aantal leiderschapsfuncties in het team.

Een aantal van deze leiderschapsfuncties werd in hoofdstuk I genoemd:

- initiëren.
- reguleren.
- informer.
- ondersteunen.
- evalueren.

— Initiëren.

Hieronder wordt in feite elk initiatief verstaan en niet alleen taakinitiatieven. Zowel wetenschappelijk onderzoek, het aan de orde stellen van zich voordoende problemen in de relationele sfeer, als een voorstel tot bijvoorbeeld een andere regeling rond de herhalingsreceptuur, tellen in dit verband mee.

– Reguleren.

Onder reguleren wordt verstaan elke activiteit die dient om richting en tempo aan de activiteiten van een groep of team te geven (sturen).

– Informeren.

Informeren is het overbrengen naar een groep van relevante informatie. Het beschikken over die relevante informatie is een leiderschapsfunctie, wanneer in dit opzicht verschillen bestaan.

– Ondersteunen.

Ondersteunen betekent steun verlenen aan anderen, in voor de groep als geheel nuttige activiteiten, zoals initiatieven en pogingen tot evaluatie.

– Evalueren.

Evalueren is het stilstaan bij- en kritisch kijken naar alle processen die zich in een groep voordoen.

In het Itoba-verslag van het onderzoek naar de groepsdynamiek binnen het team van het Gezondheidscentrum Utrecht-Overvecht zijn de resultaten weergegeven van een kwantitatieve bepaling van deze leiderschapsfuncties. Daarbij bleek, dat wanneer deze functies gescored werden in teamvergaderingen, het aandeel van de informerende functie het grootste was, n.l. 60%, en dat initiëren 18% opleverde en evalueren, ondersteunen en reguleren tezamen het resterend aandeel voor zich opeisten.

Het informatie-aandeel was naar de indruk van de onderzoekers te groot. Het aandeel initiëren werd voldoende geacht, maar de overige functies en met name reguleren en evalueren werden in deze taakgroep onvoldoende vervuld (Itoba 1975).⁸¹

Naar aanleiding van deze resultaten werd ook een indruk over de communicatiestructuur gegeven. In Overvecht bestond volgens Itoba een zogenaamde radspaastructuur, met de huisartsen in het centrum van het wiel. Niet alleen verliep de communicatie aldus meestal via de huisarts, maar de huisartsen waren ook het meest aan het woord en onderbraken dikwijls andere sprekers tijdens de vergaderingen.

8.3.2. Leiderschapsfuncties en het team in Ommoord

Vergelijkende conclusies laten zich tussen het Ommoordse team in 1975 en de Itoba-resultaten uit Utrecht niet trekken om de volgende redenen:

- ten eerste is in het Gezondheidscentrum Ommoord geen gericht kwantitatief onderzoek gedaan zoals dat in Overvecht plaatsvond en is voor het hiernavolgende gebruik gemaakt van schriftelijke verslagen in plaats van bandopnames.
- ten tweede is de fase waarin het Utrechtse team ten tijde van het onderzoek verkeerde een andere dan die van het Kernteam in 1975 en was men in Utrecht wat betreft de teamvorming nog niet zover.
- in de derde plaats was de grootte van het team van het Gezondheidscentrum Ommoord dusdanig dat initiërende, regulerende of informerende activiteiten soms door een disciplinaire subgroep als geheel in plaats van door één individu ondernomen werden.
Dat wil niet zeggen dat daaraan niet binnen zo'n subgroep een individueel initiatief voorafgegaan kan zijn.
Een aantal personen vervulde vrij veel van deze leiderschapsfuncties, maar dat betekent niet dat noodzakelijkerwijs niet vermelde personen niet in disciplinair verband diezelfde functies in meer of mindere mate vervulden.

De communicatiestructuur binnen het team en de aard van het schriftelijke bronnenmateriaal onttrokken dit aan het gezicht.

- ten vierde was het team in 1975 zodanig ver gestructureerd in zijn organisatie dat vervullen van één of meer van deze functies soms rechtstreeks samenhang met en voortvloeide uit een van de vaste taken. Voorbeelden van dit laatste waren de medische leider en de praktijkcoördinator, terwijl de notulist ook een min of meer vastgelegde taak vervulde.

Hoewel het niet mogelijk was om gegevens te verkrijgen die vergeleken kunnen worden met de onderzoeksgegevens van het Itoba, kan wel geprobeerd worden om naar aanleiding van de Kernteamnotulen een aantal van deze functies te traceren naar disciplines en deelnemende personen.

Bezien we de notulen van de in 1975 gehouden Kernteamvergaderingen, dan ontstaat de volgende globale indruk over die verdeling.

8.3.2.1. Initiëren

Initiëren werd in de twintig vergaderingen waar het om gaat in totaal zeven maal op het niveau van een gehele discipline ondernomen. Het betrof in vier gevallen de wijkverpleging, in twee gevallen de huisartsen en in één geval de fysiotherapeuten. Initiëren op individuele basis vond plaats niet minder dan drie en veertig maal en door negentien verschillende teamleden.

Negen maal gebeurde dit door Lamberts, vier maal door Marjo Lamberts, de praktijkcoördinator, drie maal door de verloskundige Rita Visman en huisarts Bakker, twee maal door de praktijkverpleegster, huisarts van Weel, wijkverpleegster Joke Zuidervaart, huisarts Frans Braams en één maal maatschappelijk werker Ans Bongaarts, fysiotherapeut Monteny, huisarts Riphagen en de assistent-praktijkcoördinator.

8.3.2.2. Reguleren

Reguleren was zelden zichtbaar, maar notulen maken van en leiding geven aan vergaderingen is uiteraard een regulerende functie op zichzelf.

De praktijkcoördinator stelde in de regel de agenda voor de vergadering samen en Riphagen verzorgde in het gehele jaar de verslaglegging.

Men kan zeggen dat Marjo Lamberts en Riphagen een impliciete, regulerende functie hebben gehad in 1975.

8.3.2.3. Informeren

Informeren vond tijdens de twintig Kernteamvergaderingen blijkens de verslagen negen en dertig maal op expliciete wijze plaats.

Van informeren wordt hier alleen gesproken wanneer deze functie expliciete en gecompriëerde informatie betrof die met een vooropgezet doel werd verstrekt. Slechts één maal trad een discipline als geheel in deze functie op; het betrof hier de wijkverpleging die informeerde omtrent haar standpunt betreffende de functie van de hoofdwijkverpleegkundige.

De rest van het informatieproces concentreerde zich rond personen.

De volgende opsomming geeft daarvan een beeld:

- huisarts Lamberts gaf negen maal zeer omschreven informatie.
Het betrof de voortgang van het Itoba-onderzoek, het communicatieonderzoek, de evaluatiecommissie van de gemeenteraad, nieuws van de G.G. & G.D. en vanuit het Orgaan. Dit waren allemaal zaken die het gehele team aangingen.
- Huisarts van Weel bood zeven maal expliciete informatie aan betreffende het Platform van werkers in de eerstelijns gezondheidszorg in Rotterdam en informatie betreffende een rapport over de coördinatie van de wijk-welzijnsvoorzieningen.

- Maatschappelijk werker Anneroos Klarenberg informeerde het Kernteam drie maal en wel betreffende de relatie tussen het maatschappelijk werk binnen het team en de S.P.G.H.-afdeling, de situatie bij de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam en de relatie van het algemeen maatschappelijk werk tot het wijkwelzijnswerk in Ommoord.
- Marjo Lamberts, verstrekke als praktijkcoördinator drie maal omschreven informatie die de projectgroep welzijnszorg van het S.W.O. betrof.
- Jeanne van der Schoot rapporteerde drie maal vanuit het contact van functionarissen en betreffende een conflict rond het dienstencentrum.
- Huisarts Riphagen, de vormingswerker Riekje ten Have, fysiotherapeut Monteny, wijkverpleegkundige Joke Zuidervaart en de praktijkverpleegster vervulden deze functie allen twee maal naar aanleiding van gevarieerde onderwerpen.

8.3.2.4. Ondersteunen

Van ondersteunende activiteiten werd weinig vastgelegd. Eén van de meest waarschijnlijke oorzaken daarvoor is dat ondersteuning vaak een non-verbale actie was, waarvoor schriftelijke vastlegging een ongeschikte middel vormt.

Tijdens de vergaderingen is blijkens de verslagen acht maal expliciet sprake geweest van ondersteuning.

Bij vier gelegenheden ging het om steun van alle leden aan de discipline wijkverpleging als zodanig. Eén maal kreeg het maatschappelijk werk als discipline steun en de steun kwam in dit geval van huisarts Lamberts.

Ook werd één maal de Platformdelegatie ondersteund door de praktijkcoördinator, de huisartsen Lamberts en Riphagen en bij één gelegenheid kreeg blijkens het verslag de redactiecommissie van de Utrechts Nieuwsbladserie aller steun. De bronnen vermelden slechts één gelegenheid waarbij een persoon, een van de wijkverpleegkundigen, werd ondersteund.

Ondersteuning van een teamlid werd in vijf aantoonbare situaties geboden door Marjo Lamberts. Van geen enkel ander teamlid werd van expliciete individuele ondersteuning in de verslagen melding gemaakt.

8.3.2.5. Evalueren

Evalueren vond betrekkelijk veel plaats. Dat was niet verwonderlijk bij een team wat al relatief lang samenwerkte en ook omdat evaluatie per vergadering een vast agendapunt was bij zeventien van de twintig vergaderingen.

Daarbij kwam ook dat de notulering ook een evaluerende functie had.

In zeventien van de twintig vergaderingen werd door een Kernteamlid de evaluatie van de vergadering als zodanig gegeven.

Tevens werd achttien maal door individuele leden op de één of andere manier een aspect van de samenwerking in evaluerende zin aan de orde gesteld. Drie maal stelde een discipline een evaluatie aan de orde: in twee gevallen de huisartsen en in één geval de wijkverpleegkundigen.

De voorzitter stelde vier maal een punt ter evaluatie aan de orde, de praktijkverpleegster drie maal, huisarts Lamberts drie maal en huisarts Riphagen, wijkverpleegkundige Joke Zuidervaart, de vormingswerker, de assistent praktijkcoördinator, verloskundige Rita Visman en huisarts Braams, allemaal één keer.

8.3.2.6. Enkele conclusies naar aanleiding van het voorafgaande

Deze - zij het zeer oppervlakkige - analyse levert toch een aantal aanwijzingen op:

- de huisartsen en de wijkverpleegkundigen treden in één of meer van de genoemde functies vaker als gehele discipline op dan de andere disciplinaire subgroepen. Dat geldt zowel initiëren als informeren en evalueren.
- voorzover zichtbaar, waren de wijkverpleegkundigen - zowel de gehele discipline als de individuele leden - diegenen die de meeste steun ontvingen.

- huisarts Lamberts concentreerde de meeste uitgeoefende leiderschapsfuncties op individuele basis. Het betrof hoofdzakelijk initiëren en informeren en in iets mindere mate evalueren. De marge tussen hem en de overige Kernteamleden in het uitoefenen van deze functies was groot.
- de functie van Marjo Lamberts als praktijkcoördinator kwam vooral tot uiting in ondersteunen, evalueren en in mindere mate reguleren en initiëren. Dit laatste geldt mutatis mutandis ook voor huisarts Riphagen ten aanzien van het informeren en reguleren, o.m. middels de verslaglegging van de Kernteamvergaderingen.
- In de verdeling op individuele basis van de functies over de teamleden komt naar voren dat het slechts om een groep van twaalf tot vijftien Kernteamleden ging. Daaronder waren vrijwel alle huisartsen en - als contrast - slechts één of twee van de wijkverpleegkundigen, die er wellicht de voorkeur aan gaven om als gehele discipline in het Kernteam op te treden.

Wanneer deze verdeling van de leiderschapsfuncties in het samenwerkingsverband wordt bezien dan blijkt dat het resultaat van deze min of meer systematische benadering overeenkomt met de observaties die in het eerste deel van deze paragraaf (8.2. e.v.) werden weergegeven.

De concentratie van leiderschapsfuncties geeft informatie over het informele leiderschap. Formeel en informeel leiderschap hingen in belangrijke mate samen. Beide vormen van leiderschap berustten bij de huisartsen en de praktijkcoördinator. Binnen de huisartsendiscipline is de leiderspositie van Lamberts opvallend. Bij de behandeling van de professionele aspecten is al vermeld dat bij discussies over professionele ontwikkeling en participatie binnen het team gesproken is van "haves" en "have nots". Ook bij de individuele posities lijkt er een dergelijke onderscheiding te bestaan, al loopt deze scheiding soms door disciplinaire subgroepen heen. Een verschuiving van leiderschapsfuncties is opgetreden met de komst van de praktijkcoördinator.

Reddin beschrijft een aantal door onderzoek gedetermineerde leiderschapsstijlen (Reddin 1978).⁷⁰ Deze basisstijlen van management of leiderschap verschillen onderling door de mate van taakgerichtheid en de mate van relatiegerichtheid:

- de "dedicatie" stijl wordt gekenmerkt door een meer dan gemiddelde taakgerichtheid en een minder dan gemiddelde relatiegerichtheid. De dedicatieleider heeft de neiging tot domineren, beoordeelt anderen op "productie" en denkt in termen van macht. Zijn stijl is in belangrijke mate initiërend.
- de "relatie" stijl is minder taakgericht dan relatiegericht. De relatiegerichtheid overweegt, hetgeen tot uiting komt in nadruk op onderling contact en het leren kennen van de medewerkers. Ondersteuning is voor de "relatie" leider een belangrijk instrument.
- de "separatie" stijl is zowel minder dan gemiddeld taakgericht als minder dan gemiddeld relatiegericht. De separatiemanager heeft de neiging zich met de organisatie en de procedures te identificeren. Interpersoonlijk contact en niet-routinematig werk zijn niet zijn sterkste kanten.
- de "integratie" stijl tenslotte is zowel meer dan gemiddeld taakgericht als meer dan gemiddeld relatiegericht. De integratieleider werkt het liefst in en met teams, waarbinnen taak en relatieprocessen evenveel aandacht krijgen.

Huisarts Lamberts neigde, gezien de gescoorde leiderschapsfuncties tot een "dedicatie"stijl, terwijl praktijkcoördinator Marjo Lamberts meer tot de "relatie"stijl aangetrokken was.

In de combinatie van beiden werden elementen van de "integratie"stijl teruggevonden.

9. De externe factoren

9.1. Inleiding

Onder externe factoren worden die factoren verstaan die buiten het samenwerkingsverband gelegen waren, maar die wel invloed op de inhoud en het proces van de samenwerking hebben gehad.

Het aangrijpingspunt van deze factoren was meestal gelegen in de verschillende externe relaties die het team of een deel daarvan had met personen of instanties buiten dat team.

Aan deze factoren wordt aandacht besteed omdat de invloed van tenminste een aantal daarvan, groot is geweest.

De met deze factoren samenhangende externe relaties worden allereerst in categorieën onderverdeeld, waarna wordt bezien wat de aard en omvang van de uitgeoefende invloed is geweest.

Bij de indeling van de externe relaties is getracht deze te groeperen naar de mate van samenhang met de diverse doelstellingen:

- werkcontacten, te omschrijven als contacten en relaties die samenhangen met de hoofddoelstelling van het team.
- contacten en relaties voortvloeiend uit nevendoelstellingen van het team of van de teamleden.
- contacten en relaties met het voorwaardenscheppend systeem, in de vorm van instanties en groeperingen.

Van de eerste categorie krijgen in dit verslag de volgende externe relaties aandacht:

- de relatie met de bevolking, waarbij tevens aandacht wordt besteed aan het aspect van voorlichting en aan op deze relatie gericht wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte komt het verslag van het experiment "Bijzonder Regionaal Welzijn" ter sprake.
- de relatie met de hulpverleners uit de welzijnssector, waarbij het contact van functionarissen ter sprake komt.

De tweede categorie omvat die contacten en relaties die voortvloeien uit en samenhangen met nevendoelstellingen van het team of van teamleden. In deze categorie kunnen de contacten geplaatst worden met de Erasmus Universiteit, en de diverse beroepsorganisaties.

De derde groep relaties betreft het voorwaardenscheppende systeem. Deze categorie heeft tot doel die ondersteuning te realiseren en te onderhouden, welke nodig is voor het bereiken of consolideren van een bepaald doel. Hierin vindt men de voorwaardenscheppende - in positieve of in negatieve zin - relaties.

In de eerste plaats waren hier de drie werkgevers van belang, de gemeente Rotterdam, de SSRK en de SMWR.

In de tweede plaats ging het om contacten met andere centra, plaatselijk of landelijk, en de diverse beroepsgroeperingen en in de derde plaats om diverse geledingen en instanties van de overheid.

9.2. Contacten en relaties die samenhangen met de hulpverlening en de teamdoelstelling

9.2.1. De relatie met de bevolking (middels de projectgroep welzijnsbeleid)

De groepering die min of meer als vertegenwoordiging van de bevolking (dus niet alleen van de patiënt die bij het centrum waren aangesloten) optrad, was de projectgroep welzijnsbeleid. Deze projectgroep is begin 1974 voortgekomen uit de zogenaamde sectie welzijnszorg, een onderafdeling van de Stichting Wijkgemeenschap

Ommoord. De aanzet tot de omzetting van deze sectie in de projectgroep is mede voortgekomen uit de activiteiten van het Kernteam. Het voornaamste motief was dat de sectie tot dusver als vast onderdeel van de SWO slechts fungeerde als klachtenbureau over het Gezondheidscentrum, zonder dat men aan een meer gestructureerde rol als gesprekspartner over hulp- en dienstverlening in het algemeen bleek toe te komen. Een projectmatige aanpak en een andere relatie met de SWO zou de mogelijkheid bieden om aan dit bezwaar tegemoet te komen.

De groep werd gevormd door personen die als bewoner in deze materie geïnteresseerd waren. De doelstellingen van deze projectgroep waren ruim: de wijkbewoners meer inzicht geven in, en greep laten krijgen op het welzijnsbeleid wat door de instellingen in de wijk wordt gevoerd. Deze instellingen waren: het Gezondheidscentrum, het vormingswerk, het opbouwwerk, de gezinsverzorging en het diensten-centrum.

Begin 1975 kwam de groep daadwerkelijk in actie door het beleggen van twee informatieavonden, bedoeld voor de bewoners naar aanleiding van een conflict tussen de wijkverpleegkundigen uit het centrum en de SSRK, waarbij de eerste groep met ontslag dreigde wegens ernstige en voortdurende onderbezetting van het team. Deze actie van de wijkverpleegkundigen is overgenomen door de projectgroep en de belegde bewonersavonden haalden de stedelijke pers.

Dit is de aanleiding geweest voor de projectgroep om meer aspecten van het Gezondheidscentrum en het werk wat daarin gedaan werd middels informatieavonden aan de bewoners van de wijk over te brengen. Een tweetal avonden is belegd. De eerste avond was bedoeld om gelegenheid te bieden uitsluitend aan de bewoners van de wijk, om klachten en wensen ten aanzien van het centrum te uiten.

Deze klachten en wensen zouden dan door de werkgroep aan het team worden doorgegeven.

De tweede avond was bedoeld als beantwoordings- en discussieronde, en ditmaal waren ook de medewerkers van het Gezondheidscentrum uitgenodigd. Tijdens de voorbereidingsperiode van de eerste bewonersavond bleken meningsverschillen te bestaan tussen de projectgroep en de opbouwwerker enerzijds en vertegenwoordigers van het Kernteam anderzijds over de juistheid van de opzet. Aan Kernteamzijde bestond de vrees dat in deze opzet de klok teruggedraaid zou worden en dat een gestructureerde discussie over doel en organisatie van de hulpverlening nogmaals zou neerkomen op het aanhoren en verwerken van klachten over de werkwijze van het centrum en met name de praktijkvoering van de huisartsen.

Het Kernteam wees op de onderlinge samenhang van de verschillende vormen van dienst- en hulpverlening in de wijk en op het feit dat deze onvoldoende op elkaar aansloten.

De suggestie van het Kernteam is door de projectgroep maar ten dele overgenomen, en wel in die zin dat de avond voornamelijk gewijd bleef aan de werkwijze van het centrum en klachten daarover; wel is een poging ondernomen om de meer algemene discussie over hulpverlening en dienstverlening in de wijk en de invloed van de bewoners daarop, aan de orde te stellen.

De klachten, waarvan het Kernteam door de groep op de hoogte werd gesteld, betroffen de werkwijze van de huisartsen, het ontbreken van EHBO voorzieningen in de wijk en het gemis van een tweede apotheek.

Aan de organisatie van de geplande tweede informatieavond is de projectgroep in 1975 niet toegekomen. Een interne doelstellingsdiscussie had tot gevolg dat een herformulering van de doelstellingen van de werkgroep plaatsvond. De werkgroep nam zich voor met de bewoners van de wijk dan in actie te komen wanneer onbekendheid, onduidelijkheid of problemen ten aanzien van één of meer welzijns- en gezondheidsinstellingen naar voren kwam. Bovendien werd een extra doel geformuleerd: stellingname bij actuele knelpunten in de welzijnszorg die een politiek karakter hebben, bijvoorbeeld de bezuiniging in de bijstandsuitkeringen.

Met de formulering van het tweede doel is de werkgroep zich buiten de grenzen van de gezondheidszorg gaan bewegen.

In de discussie die tot bovenstaande doelstellingsformulering leidde, werden drie alternatieven voor het functioneren van een dergelijke werkgroep op tafel gelegd:

- ten eerste de ombudsfunctie waarbij de werkgroep als zodanig optreedt ten behoeve van de bevolking, wanneer zich vragen of problemen ten aanzien van bijvoorbeeld het functioneren van het centrum voordoen.
- ten tweede een vertaalfunctie, waarbij in twee richtingen een louter communicatieve en consultatieve functie wordt vervuld.
- en ten derde een actief beïnvloedende functie, waarbij de werkgroep als vertegenwoordigende groep namens de bevolking en de professionals, het beleid van gemeentelijke en andere instellingen wezenlijk kon beïnvloeden. Een voorbeeld hiervan was de actie ten behoeve van de wijkverpleegkundigen.

In 1975 was nog niet duidelijk of binnen de werkgroep een duidelijke keuze uit deze alternatieven was gemaakt. De eerste twee alternatieven werden in feite beide al in de praktijk gebracht en wat betreft het derde bestond een zekere huiver om te fungeren als "knokploeg", met name bijvoorbeeld ten behoeve van het Gezondheidscentrum.

Door het Kernteam is in 1975 bij diverse gelegenheden benadrukt dat de activiteiten van de werkgroep het gehele pakket van welzijnsvoorzieningen in de wijk en vooral hun onderlinge coördinatie en samenhang moeten betreffen en niet uitsluitend de werkwijze en de organisatie van de hulpverlening in het Gezondheidscentrum. Het werkplan van de opbouwwerker vervaardigd in 1975, vatte deze materie als het volgende samen: "het is van belang dat er een relatieverbetering komt tussen de bevolkingsgroepen enerzijds en de welzijnsinstellingen en functionarissen anderzijds. Met andere woorden de welzijnsinstellingen moeten meer actief inspelen op de behoeften van de wijkbewoners. Een aanzet tot die relatieverbetering wordt gegeven door de bewonersgroep welzijnsbeleid".

In dit citaat zit het hele probleem vervat: voor een geconstateerd relatieprobleem tussen twee groeperingen werd een éézijdige oplossing gesuggereerd, waarbij bovendien voorbijgegaan werd aan de moeilijkheden die consumenten en patienten in het algemeen ondervinden bij het exact formuleren van hun wensen en verlangens ten aanzien van het functioneren van hulpverleningsinstellingen.

9.2.2. Relatie met de bevolking en het Itoba onderzoek

In de relatie tussen Kernteam en bevolking heeft het ITOBA-onderzoek een belangrijke rol gespeeld. In december 1975 verscheen het lang verwachte verslag van: "een deelonderzoek in het kader van het project evaluatie gezondheidscentra" en wel dat deel dat betrekking had op: "onderzoek bij de bevolking Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van het functioneren van aldaar gevestigde gezondheidscentra".⁸¹

Dit project was in 1970 opgezet als voorwaarde bij het aan vijf centra (Rotterdam-Ommoord, Utrecht-Overvecht, Hoensbroek-Noord, Den Haag-Transvaalkwartier en Apeldoorn-Zevenhuizen) door het Praeventiefonds verleende investeringssubsidie.

Het doel van de evaluatie was meerledig: verbetering in het functioneren van de bestaande centra, informatie geven die in de toekomst van belang zou kunnen zijn bij nieuw op te richten centra, gegevens verzamelen ten behoeve van de beleidsvoering met betrekking tot de gehele eerstelijns gezondheidszorg, informatie verstrekken aan werkers in de eerstelijns gezondheidszorg met betrekkingen tot de verwachtingen, behoeften en beeldvorming die ten aanzien van de hulpverlening bij de bevolking bestaan.

In 1972 werd een vooronderzoek uitgevoerd, wat in een beschrijving per centrum

resulteerde en waarin eventueel aanknopingspunten voor evaluatieonderzoek en knelpunten aangetoond zouden moeten worden.

Door verschillen in opvattingen en doelen en meningen over de functie van het onderzoek kostte het zeer veel moeite om een gezamenlijk onderzoeksvoorstel te maken. Dit werd uiteindelijk in maart 1972 gerealiseerd en omvatte de volgende vraagstellingen:

- 1) "welke sociaal-emotionele factoren werken bevorderend op de hulpverlening aan de client binnen de centra, tussen de hulpverleners in de centra en patiënten en cliënten die van hun diensten gebruikmaken".
- 2) "welke rolverwachtingen en beelden en attitudes bestaan er bij de hulpverleners binnen een gezondheidscentrum en de bevolking ten aanzien van elkaar, en wat komt hiervan naar elkaar over".

De antwoorden op deze vragen zouden moeten komen uit interviews met hulpverleners, met patiënten, met vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en met de "privé-achterban". Op initiatief van de centra is dit plan - hoewel reeds aanvaard door de begeleidingscommissie - opnieuw ter discussie gesteld, waarbij bleek dat het onuitvoerbaar was door de grote verschillen in opvattingen en organisatie tussen de centra onderling. De wens ging uit naar een onderzoek wat per centrum zoveel mogelijk op de specifieke problemen ter plaatse aansloot.

Hierna werd besloten dat per centrum een deelonderzoek zou worden verricht waarbij vraagstelling en opzet in belangrijke mate door de centra zelf mede konden worden bepaald en beïnvloed.

De uitwerking van dit plan vond plaats in 1973 en kreeg beslag in de "nota gezondheidscentra". Hierin werd het materiaal geïnventariseerd en geordend.

De feitelijke onderzoeksfase in het gezondheidscentrum in Ommoord lag aan het eind van 1974 en in het begin van 1975, terwijl het verslag, zoals reeds vermeld, eind 1975 verschenen is (Itoba 1975).⁸¹ Met name in 1973 en 1974 heeft het kernteam zich intensief beziggehouden met de uiteindelijke vraagstelling voor dit onderzoek. De aard van de relatie tussen hulpverleners en gebruikers van het centrum werd in diezelfde periode onderwerp van intensieve discussie binnenshuis.

Alvorens nader in te gaan op het Itoba onderzoek zal eerst het aspect van voorlichting over hulpverlening en werkwijze aan de orde worden gesteld.

Aanwijzingen over één of meer aspecten van de relatie tussen centrum en hulpverleners waren op verschillende manieren zichtbaar: ten eerste de individuele hulpverleningscontacten, ten tweede de reacties via derden overgebracht "en praten over", los van de hulpverleningssituaties. Via dit tweede kanaal verkregen informatie was dikwijls kritisch en betrof met name de werkwijze van de huisartsen in het centrum, terwijl bij de contacten die de directe individuele hulpverlening betroffen, deze kritiek, zoals dit zo vaak gebeurde, in directe zin niet door de patient of gebruiker werd overgebracht. In de derde plaats waren er de vele perspublicaties waarin het centrum als exponent van een experimentele opzet in positieve of negatieve zin beoordeeld werd.

De perspublicaties in de jaren 1970 t/m 1973 waren in dit verband over het algemeen positief getint, maar vanaf 1973 werden over het Centrum als fenomeen ook kritische en soms negatieve artikelen geschreven, waaraan gebrek aan kennis over de gang van zaken mede ten grondslag lag.

Er is daarom veel aandacht besteed aan de voorlichting over doel en werkwijze, vooral in schriftelijke vorm en na 1 januari 1975 werd bij de inschrijving van nieuwe patiënten in de groepspraktijk deze zelfde informatie mondeling nog eens toegeleucht.

Naar de indruk van het team was de bemerkte onvrede samengesteld uit een aantal elementen:

- algemene negatieve gevoelens ten aanzien van het functioneren van de gezondheidszorg in zijn geheel, als uiting van maatschappelijke onvrede.

- onvrede die geuit werd ten aanzien van de collectiviteit, waarvan de samenwerkingsverbanden in de eerstelijns een tastbaar resultaat waren. Hierbij diende bedacht te worden, dat bekritisieren van alleenwerkende hulpverleners uiteraard ook plaatsvond, maar dat de bundeling van hulpverleningsvormen met een gezamenlijke huisvesting een veel makkelijker object vormde voor een kritische benadering.
- onvrede over de hulpverlening, bijvoorbeeld het multidisciplinaire aspect daarvan.

Deze elementen waren in 1974 de basis voor een analyse van de hand van een door het Kernteam daarvoor benaderde communicatieadviseur. Deze adviseur ging er vanuit dat de veronderstelde negatieve beoordeling van een gezondheidscentrum ligt in het feit dat het een geëvolueerde activiteit is en een nieuwe manier om gezondheidszorg te organiseren.

Wat betreft de huisarts constateerde de adviseur dat de individuele patient, de schepper van het negatieve beeld, er met de organisatievorm van een centrum altijd op achteruit gaat, en dat het oordeel van de patient over het centrum primair emotioneel gevormd is.

Daarom zal een centrum optimaal moeten functioneren om iets van dat verschil te kunnen compenseren. Er werd, door de adviseur voor een vermindering van de magie rond het beroep, en voor een horizontale relatie tussen hulpverlener en gebruiker in de zin van een klant-winkelier-relatie gepleit.

In dit kader is het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de patient en het hulpverleners-versus-dienstverleners standpunt een stap precies de verkeerde richting uit, aldus het advies.

Alleen in een dienstverlenende rol heeft een huisarts in een centrum een kans om iets van zijn negatief gekleurd beeld kwijt te raken.

De adviseur veronderstelde dat de huidige centrum-huisarts nog met een zeker dualisme ten aanzien van deze keuze zat, waardoor de beoogde positieve beoordeling van zijn werk door de gebruiker nog verder buiten bereik leek te komen.

Deze boodschap liet aan duidelijkheid niets te wensen over: de combinatie van een centrum als voorziening met een nieuwe opvatting over hulpverlening is, zo niet onmogelijk dan toch wel een belangrijke hinderpaal om een goed en positief beeld bij de gebruiker te verkrijgen.

Deze conclusies van de communicatieadviseur stelde het Kernteam voor de volgende keuze:

- a) de filosofie en doelstelling van de multidisciplinaire hulpverlening aan te passen in bovenvermelde zin en er meer een dienstverlenend bedrijf van te maken of,
- b) het advies naast zich neer te leggen, maar dan ook de nadelen van een negatief beeld bij de gebruikers te accepteren en primair voor het nastreven van de eigen doelstellingen te kiezen, of
- c) het ene doen en het andere niet laten (de bestaande situatie).

Het laatste was geen duidelijk alternatief. Niettemin, is het team door omstandigheden die voornamelijk samenhangen met motivering van de deelnemers aan samenwerkingsverbanden en de investering die zij in het kader van de doelstelling wilden doen, min of meer stilzwijgend het derde alternatief blijven kiezen.

De motivering en de gedachtenvorming die daarmee samenhangt, is aanleiding geweest om naar andere wegen te zoeken om althans meer inzicht te krijgen in de relatie tussen de hulpverleners en de gebruikers.

Enerzijds leidde dit in 1974 mede tot het ontstaan van de projectgroep welzijnsbeleid die in de vorige paragraaf is beschreven.

Anderzijds werd de gedachte versterkt om het ITOBA-onderzoek in Ommoord te richten op de bekendheid van de gebruikers van het centrum met de hulpverlenings-

doelstellingen en de satisfactie over de verleende hulp. Het formuleren van de vraagstelling van het onderzoek en van de diverse vragenlijsten heeft veel tijd en energie gevegd, omdat met name de hulpverleners in het centrum van mening waren dat veel door het ITOBA aanvankelijk geformuleerde vragen te suggestief en te negatief waren.

Tenslotte kwamen de centra Ommoord en Hoensbroek met de onderzoekers de volgende probleemstelling overeen:

"Wat is de aard van de relatie tussen de wijk, de bevolking en de in gezondheidscentra samenwerkende disciplines en welke belangrijke factoren beïnvloeden de aard van deze relatie?"

De volgende variabelen werden in beschouwing genomen:

- "beoordeling door gebruikers van een aantal situaties in de hulpverlening door afzonderlijke disciplines, van multidisciplinaire hulpverleningssituaties en van de werkwijze van het team als geheel".

In Hoensbroek werd bovendien de neiging van de bevolking om bij het centrum als patient weg te gaan, gemeten.

- "de mate van tevredenheid bij de hulpverleners over hun eigen functioneren en het bepalen van verschillen tussen de beoordeling van patienten en hulpverleners van dezelfde hulpverleningssituaties".

Voor detailinformatie betreffende de resultaten van het ITOBA-onderzoek wordt verwezen naar het betreffende eindverslag. Enige globale uitkomsten zullen in dit verband vermeld worden.

Wat betreft de bekendheid met de doelen van het centrum bleek in Ommoord ruim een kwart van de geïnterviewden in belangrijke mate daarmee onbekend, de helft redelijk bekend en ongeveer een kwart goed bekend.

De helft van de ondervraagden was bekend met het feit dat de huisartsen een andere werkwijze hadden dan huisartsen die buiten het centrum werken. Voor andere disciplines was dit percentage beduidend lager. Bronnen voor deze bekendheid waren voornamelijk eigen ervaringen, en met name in Ommoord de plaatselijke pers en de eigen voorlichtingsactiviteiten van het centrum.

Daarnaast leverden bureaus en kennissen een substantiële bijdrage.

Opvallend was het verschil in aard tussen de informatie die men via de pers kreeg en de informatie, verkregen via bureaus en vrienden.

De eerste bron leverde overwegend positief materiaal op, terwijl de tweede in niet onbelangrijke mate negatieve en kritische informatie verstrekke.

De door de communicatieadviseur voorspelde discrepantie tussen de collectieve beoordeling en de individuele beoordeling vanuit de gebruiker is hier zichtbaar gemaakt.

Ondanks deze uitkomsten met betrekking tot de bekendheid van doelstellingen, waren in Ommoord hulpverleners en gebruikers het aardig eens in hun beoordeling van de werkwijze van de disciplines en het team.

Bij de opgesomde voordelen van het centrum kwamen vooral aspecten van de coördinatie van de hulpverlening (onderling overleg, het gemak van in een gebouw terecht te kunnen) naar voren.

Nadelen waren vooral de werkwijze van de huisartsen, en met name het beleid ten aanzien van het afleggen van huisbezoeken.

Vierentwintig procent van de in Ommoord ondervraagden vond een relatieverbetering tussen centrum en bevolking nodig, dertig procent niet, en zesenvertig procent had daarover geen mening.

De manier waarop dit zou moeten gebeuren was vooral voorlichting en communicatie door het centrum en daadwerkelijke verandering in de werkwijze in de zin van opheffen of verminderen van de door middel van onderzoek gesignaleerde nadelen. De conclusies uit het gehele evaluatieproject, dus ook met medebeschuiving van

die ten aanzien van de centra in Den Haag, Utrecht, Hoensbroek en Apeldoorn gaven de ITOBA-onderzoekers aanleiding om nader onderzoek voor te stellen. Deze conclusies waren: "het onderzoek van teams kan bijdragen tot het leren van samenwerking zowel inhoudelijk (Apeldoorn) als procesmatig (Utrecht)".

"Onderzoek naar mogelijkheden om gebruikers via diverse vormen van voorlichting meer te betrekken bij de hulpverlening is noodzakelijk".

"Onderzoek naar ziekte- en probleemgedrag in de eerstelijns en de maatschappelijke betekenis daarvan moet verder uitgebreid worden (Ommoord)".

Daarnaast werd een aantal, voornamelijk structurele knelpunten weergegeven, waarvan het verwijderen een voorwaarde vormt om tot uitbouw van interdisciplinaire samenwerking in de eerstelijns te komen.

De belangrijkste gevolgen van dit evaluatieonderzoek waren te vinden op het niveau van de teams zelf. Het betrof de hulpverlening zelf, de teamdynamiek en diverse aspecten van de relatie met de door het centrum verzorgde populatie. Deelnemende organisaties en overheidsinstanties van diverse niveaus zijn er niet zo erg mee opgeschoten, omdat de gesignaleerde knelpunten allerm minst nieuw te noemen waren. Direct beleidsbepalende invloed heeft deze evaluatie dan ook nauwelijks gehad. Dit is, waar het dit project betrof, een onbedoeld gevolg van het feit dat de centra zeer uiteenlopende belangen, opvattingen en werkwijzen hadden en aan die belangen en opvattingen prioriteit hebben willen geven. De met het gehele onderzoeksproces gemoeide tijdsperiode ontnam bovendien het resultaat een belangrijk stuk actuele waarde doordat de landelijke ontwikkeling doorging en de samenwerkings "movement" sterk groeide.

9.2.3. Wetenschappelijk onderzoek over de eerste lijn

De specifieke problemen die zich voordoen bij dit en ander wetenschappelijk onderzoek betreffende hulpverlening in de eerste lijn, hebben de laatste jaren nogal aandacht gekregen. Het ontbreken van een typisch "eerstelijns" referentiekader maakt vergelijkend onderzoek zeer moeilijk.

De gezondheidscentra van het eerste uur zagen de noodzaak van dit onderzoek in, een overtuiging die ook in Ommoord bestond.

Beperkte toepasbaarheid van resultaten van onderzoek tot nu toe wordt nogal eens (ten onrechte) uitgelegd als "minder geslaagd zijn" van de samenwerkingsverbanden.

De twee "ingangen" tot het onderzoeksterrein zijn aangegeven door Lamberts en de Boom: De eerste gaf een aantal praktisch uitvoerbare mogelijkheden tot vergelijkend onderzoek aan, en de tweede stelde de rol van de gedragswetenschapper in dit opzicht kritisch aan de orde (Lamberts 1975; de Boom - van Duin 1975).^{47 15}

Ook elders staat de toepassing van de resultaten van sociaal wetenschappelijk onderzoek ter discussie.

Sewandono geeft in een analyse over de relatie tussen onderzoek en beleid aan dat een initiatief drie fases in de realisatie doormaakt (Sewandono 1977).⁷⁴

De eerste fase is die van de planning waarin b.v. de plannende overheid voornemens bekend maakt via een nota.

In de tweede fase wordt het politieke systeem, de wetgever gevoed via wetsontwerpen en in de derde fase worden de voornemens in de praktijk uitgevoerd volgens daartoe gestelde regels.

Als mogelijke vierde fase kan het eventueel resulteren van de gewenste en ongewenste effecten van dit beleid worden toegevoegd.

Blijken ongewenste effecten gevolg te zijn van het beleid, dan kan terugkoppeling plaatsvinden naar de eerste of de tweede fase, zodat een nieuwe planning of wetgevende actie plaats kan vinden.

Diegenen op wie planning, wetgeving en beleid gericht zijn, in het algemeen beschreven als "het publiek", kunnen reageren naar aanleiding van effecten van het

beleid, maar hebben ook de mogelijkheid om in een eerdere fase invloed uit te oefenen in positieve of in negatieve zin.

Sewandono gaat uit van het actuele dilemma van de hedendaagse sociaal wetenschappelijke onderzoeker. Hij kan óf op korte termijn in het beleid toepasbare resultaten verkrijgen óf onderzoek verrichten wat beantwoordt aan de hoge academische waarden die gehanteerd worden in de diverse gedragswetenschappelijke disciplines.

Uit de sociologie stamt het begrip "principia media" ("Theories of the middle range"). Hiermee worden bedoeld verbanden tussen "maatschappelijke factoren die zich op een niveau bevinden tussen de simpele waarneming en de gegeneraliseerde theorie in". Dergelijke principia media zijn van beperkte geldigheid en duur. Zij ontstaan door interactie van algemene sociale wetmatigheden en concrete waarnemingen, verwachtingen en ervaringen. Een systeem van deze onderling onafhankelijke middentheorieën wordt een structuur genoemd en een verschuiving binnen een aantal samenstellende middentheorieën een structurele verandering.

Sewandono pleit voor hantering van deze middentheorieën bij beleidsgericht sociaal wetenschappelijk onderzoek. Bij toespitsing van zijn betoog op het beleid van de welzijns- en verzorgingsstaat, geeft hij aan dat het onderzoek zich dient te richten op het subject van de beleidsvoering: de beleidsvoerder, de politicus, de ambtenaar, de hulpverlener en niet op het object in het beleid (het publiek).

De levensloop van nieuwe initiatieven, b.v. gezamenlijke initiatieven met een gemeenschappelijke doel, kan volgens Sewandono worden ingedeeld in fasen:

- de institutionalisering als weerslag van gezamenlijk gedrag, in de vorm van afspraken, regels, verwachtingen en als zodanig duidelijk herkenbaar.
- de legitimering waarbij instituties door anderen buiten die instituties als zodanig ter discussie worden gesteld.

Als gevolg daarvan vindt toetsing van de institutie aan externe controle factoren plaats. Bijsturen kan dan leiden tot een legitiem en getoetst resultaat.

- de socialisering als eindstadium van volledige maatschappelijke acceptatie.

Het doen en laten van de bij deze instituties betrokken mensen hangt in belangrijke mate samen met hun alledaagse inzichten, die volgens Sewandono regelrecht samenhangen met de door hem beschreven middentheorieën.

Hij baseert zich hierbij o.m. op een studie van Hall ten aanzien van het begrip "beleids issue", (een hybride term die veelomvattend is en ondermeer voorstellen, eisen, behoeften en plannen behelst).

Kriteria en kenmerken van een "issue" zijn: de veronderstelde samenhang met andere "issues", de mate waarin het als een crisisverschijnsel wordt opgevat, de noodzaak van doelgerichte probleemoplossing en preventie, een voorgeschiedenis die past in de politieke context, het al of niet "stokpaardje" zijn van een bepaalde groepering, de presentatie en de inhoud van informatie over het probleem en de mogelijke oplossing, en tenslotte de aantekening dat "issues" die in de maatschappij door één specifieke ideologische groepering gelanceerd worden dikwijls een kort leven beschoren zijn. Deze "issues" of initiatieven van één of meer personen zijn dikwijls het begin van nieuw te ontwikkelen instituties.

Sociaal wetenschappelijk onderzoek dient zich volgens Sewandono vanuit de middentheoriebenadering te richten op de levensloop van "issues" en op diegenen die met het ontwikkelen van een institutie daadwerkelijk in het veld bezig zijn, of met planning en beleidsvoorbereiding belast zijn. Dergelijk onderzoek richt zich dan op de vraag hoe deze maatschappelijke inzichten van de te onderzoeken positiebekleders (functionarissen) tot stand komen en in hoeverre de middentheorieën voor het beleidsresultaat van belang zijn.

De publicatie van Sewandono is hier vrij uitgebreid aangehaald omdat het een alternatief betekent voor onderzoek waarvan de resultaten van belang zouden kunnen zijn voor de ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg en de multidisciplinaire

ciplinaire samenwerking daarin.

Naast de bestaande twee onderzoeksobjecten, te weten de hulpverlening zelf en het consumentenonderzoek, is het wellicht het overwegen waard om ook in de toekomst onderzoek te richten op de "positiebekleders" binnen de diverse sectoren van het gezondheidszorgsysteem in de zin zoals door Sewandono bedoeld wordt. Het is daardoor wellicht mogelijk om een accurate en versnelde beleidsvoering en beleidssturing tot stand te brengen.

9.2.4. Het centrum als nieuw verschijnsel

Als "issue" voldoen de multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg en het centrum aan de door Hall opgestelde criteria en ook zijn de specifieke kenmerken van een "issue" aanwezig.

Het initiatief houdt in dat de samenwerking met het maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en verloskundigen, de huisarts in de eerstelijns staat stelt hulp te verlenen die beter aansluit op de vraag en met name op de vraag naar hulp bij leefproblemen.

De legitimiteit is gegeven vanuit de ontwikkeling van de deelnemende beroepen, met wellicht enige reserve ten aanzien van het algemeen maatschappelijk werk.

Met betrekking tot de haalbaarheid kon ten aanzien van de mogelijkheid om de inhoudelijke kant van samenwerking te realiseren geen omschreven beeld bestaan; het samenvoegen van de hulpverleningsvormen (logistieke aanpak) leek zeker wel tot de mogelijkheden te behoren.

Aan maatschappelijke steun heeft het de samenwerking in de eerstelijns niet ontbroken. Diverse activiteiten uit de beroepsgroeperingen, voorbeelden in het buitenland, met name Engeland, politieke voornemens en regeringsplannen, hebben niet nagelaten bij het publiek een zekere goodwill te realiseren, al is dit niet synoniem met het uitkristalliseren van een bij het publiek bestaande specifieke behoefte. De context van een crisis lijkt een wat zware aanduiding waar het de eerstelijns samenwerking betreft. De toenemende versnippering in de hulpverlening echter, en met name waar het de huisartsen betrof, het slecht passen van de hulpverlening volgens de medische methode bij veelsoortige hulpvragen, veroorzaakten een klimaat wat om verandering vroeg.

De beweging, ontstaan in diverse beroepsgroepen en in politieke partijen is zoals bij elke beweging die pioniers oplevert, in diverse commentaren ook als stokpaard bestempeld. De groep hulpverleners, die de ideologie van de eerstelijns samenwerking introduceerde en in de praktijk bracht, behoefde noch op korte noch op lange termijn bang te zijn voor interne twistpunten aangaan de leer, gezien het nog grotendeels niet onderbouwd zijn van de werkfilosofie.

Op het niveau van de organisaties echter, zowel de beroepsorganisaties als de instellingen voor maatschappelijk werk en kruisverenigingen is dit inmiddels geheel anders gaan liggen en is de discussie over de rol van particuliere organisaties en ook die van de overheid actueel geworden.

De vertraging in de ontwikkeling van deze "issue" is hierdoor ook merkbaar geworden. Het samenwerkingsverband in Ommoord heeft met de aanvankelijke maatschappelijke steun, de fase van de institutionalisering betrekkelijk snel voltooid. De tweede fase echter - de legitimering die moest leiden tot volledige integratie en maatschappelijke acceptatie - stakte mede door het achterblijven van regelingen in de wet die op zijn beurt weer uitbleven doordat de "ideologie" onvoldoende onderbouwd was, wat telkenmale aanleiding gaf tot verwarring en conflicten. De gedachte van samenwerking in de eerstelijns zoals die is neergelegd in publicaties en in regeringsnota's, is in fase twee van de cyclus aangekomen, de fase waarin het politieke systeem wordt gevoed en in staat gesteld moet worden de desbetreffende wettelijke bepalingen voor te bereiden.

In deze fase verkeert de samenwerking in de eerstelijns nog steeds.

De experimentele fase duurde voort en er werd onderzoek gedaan naar de effecten van de experimenten, terwijl ook andere signalen binnen kwamen, via de nieuwsmedia en soms rechtstreeks van de consument. Beleidsbijstelling was nodig omdat de reikwijdte en de aard van de opvattingen van de hulpverleners in de samenwerking door de overheid en de organisaties niet zijn te overzien en doordat andere overwegingen (kostenbeheersing) een belangrijke rol meespeelden. Dit zou kunnen leiden tot een koerswijziging in het beleid en zou bij de uitvoerende werkers twijfels aan de ondersteuning van de beleidsvoerende instanties kunnen oproepen.

In een dergelijke situatie pleit Sewandono voor sociaal wetenschappelijk onderzoek wat in tegenstelling tot hetgeen tot nu toe gebruikelijk was, gericht is op personen die op de diverse niveaus een rol spelen: hulpverleners en bestuurders. Speciale aandacht zouden moeten krijgen de alledaagse inzichten of "middle range theories" die het gedrag van deze positiebekleders bepalen.

Een gedragswetenschappelijk onderzoek gericht op de alledaagse inzichten van gemeentelijke beleidsvoerders en directieleden van kruisorganisaties en organisaties van maatschappelijk werk, had, in de zin zoals door Sewandono bedoeld, wellicht meer bruikbare resultaten opgeleverd dan het Itoba-onderzoek bij de wijkbevolking.

De onderzoeken in Utrecht-Overvecht, waar het team inmiddels niet meer bestaat, en Apeldoorn waren anders en "dichterbij" gericht doordat in het ene geval de groepsdynamiek en in het andere geval de feitelijke weergave van de samenwerking het object van onderzoek was.

Het onderzoek in Den Haag viel er min of meer buiten doordat slechts een min of meer historisch geaard doelstellingsonderzoek is gedaan.

Als beleidsondersteunend onderzoek was het ITOBA-onderzoek onvoldoende homogeen. Het is wellicht zinvol om het onderzoek naar aspecten van het functioneren van de hulpverlening in de eerstelijns per onderdeel te laten verrichten door die betrokken hulpverleners zelf (Lamberts 1975)⁴⁷ en aanvullend beleidsondersteunend (gedragswetenschappelijk) onderzoek te richten op het gedrag van de hulpverleners en de betrokken beleidsverantwoordelijken en hun alledaagse inzichten (Sewandono).⁷⁴

Het is duidelijk dat dit onderdeel van het verslag buiten het kader van een paragraaf over werkcontacten treedt en dan ook in die zin tevens thuis hoort in de derde paragraaf van dit hoofdstuk die handelt over de relaties met het ondersteunende en voorwaardenscheppende systeem.

9.2.5. Het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid

Er is nog een bron die informatie geeft over de wijk Ommoord, de bevolking daarvan en het ontstaan van de maatschappelijke structuur in deze nieuwe wijk van Rotterdam. Het betreft hier het verslag van een experiment in het kader van het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid van de hand van mevrouw Hakvoort-Stammeyer (1974).³⁶

Het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid, BRW, ontving een rijkssubsidie ten behoeve van experimenten in klein aantal nieuwbouwwijken in diverse steden in het land. De aanleiding tot het verstrekken van dit subsidie was gelegen in de constatering van de centrale overheid, dat de samenlevingsopbouw en het tot stand komen van welzijnsvoorzieningen in nieuwbouwwijken vertraagd verliep. Daarom werd aan Rotterdam (ten behoeve van de wijk Ommoord), Eindhoven, Apeldoorn en Enschede een subsidie ter beschikking gesteld, bestemd voor investeringsdoeleinden waarbij als voorwaarde ondermeer gold dat de bevolking van de betrokken wijken een belangrijke stem zou krijgen in de besteding van deze gelden. De uitgebreide rapportage van dit project verscheen in december 1974.

In drie delen werden de samenlevingsopbouw in de jaren 1967 t/m 1974, het ontstaan van het BRW, het welzijnsbeleid van de gemeente Rotterdam ten aanzien

van Ommoord en het beleid van instellingen werkzaam op maatschappelijk terrein van buiten de wijk, beschreven. De verbindingen die in de eerste jaren bestonden tussen het zich ontwikkelende samenwerkingsverband en de diverse andere werkinstellingen worden door de auteur als volgt samengevat: "de doelstelling van het team voor eerstelijns hulpverlening impliceerde naast integrale hulpverlening ook sociale actie ten behoeve van de bewoners van de wijk Ommoord. Deze doelstellingen kregen gestalte in het zogenaamde functionarissencontact wat zich ook bezig hield met de gewenste inhoud van het Bijzonder Regionaal Welzijnsbeleid en de concrete mogelijkheden tot sociale actie". Er werden door teamleden diverse functies in dit verband vervuld: huisarts Frans Bakker, die voorzitter van de stuurgroep ten behoeve van het BRW is geweest. Daarnaast is Marjo Lamberts, de latere praktijkcoördinator, bestuurslid geweest van het wijkopbouworgaan en van de commissie planologie van dat orgaan.

Eén van de voorzieningen die rechtstreeks het gevolg was van het BRW, was het tot stand komen van het communicatie-centrum waarin het vormingsinstituut (VIA), het opbouwwerk en de Sociaal Raadsman hun werkruimtes kregen.

Het heeft de stuurgroep die was ingesteld voor het BRW, nogal wat moeite gekost om een eigen evaluatiestudie van het project te realiseren.

De late inschakeling van de onderzoekster en het ontbreken van een controlegroep verhinderden een puur wetenschappelijke opzet.

Met het ter beschikking gekomen verslag is een stuk analytische descriptie gegeven, die dit verslag aanvult. De beleidsaanbevelingen betreffende het BRW zijn ook duidelijk gebaseerd op de voortgang van het project. Duidelijk wordt hoezeer de overheid zowel op landelijk als op centraal als op gemeentelijk niveau, onvoldoende gecoördineerd functioneerde, en hoe de diverse personen die een rol speelden in het proces, van belang waren. De alledaagse inzichten van de betrokken positiebekleders zijn ook in het verslag duidelijk zichtbaar gemaakt.

Een vraag die hier van belang is, is die naar de aard van de wederzijdse beïnvloeding van het team van het gezondheidscentrum en het BRW.

In het hoofdstuk over de aanloopjaren 1968 - 1972 is vermeld dat binnen de kring van de hulpverleners de wens bestond om een welzijnsteam in brede zin te vormen, als draagvlak van zowel gezondheidszorg als welzijnsvoorzieningen.

In dat licht moeten ook de aandacht en energie die vanuit het team hulpverleners aan het BRW werden besteed, gezien worden.

Bij de ontwikkeling van de gedachte van een welzijnsteam, een gedachte die naderhand weer is verlaten, is het BRW experiment een stimulant geweest.

De vermindering van de aandacht die in de jaren na 1972 werd geschonken aan sociale actie, heeft ertoe geleid dat de integratie van het samenwerkingsverband in het geheel van de welzijnsvoorzieningen vertraagd is.

Pas in 1974, toen als mogelijk alternatief voor het gemeentelijk dienstverband een commissie "ex artikel 60 e.v." in het kernteam aan de orde kwam, deed zich weer een gelegenheid voor om de onderlinge samenhang van de diverse voorzieningen op gezondheidszorg- en welzijnszorggebied hernieuwde aandacht te geven.

In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de relatie met de welzijnssector.

9.3. Relaties met de welzijnssector

9.3.1. Het functionarissencontact

In 1975 waren de activiteiten van dit gezelschap, wat ook al voorkwam in Hoofdstuk II, over de jaren 1968 - 1972, gereduceerd tot een (facultatieve) maandelijkse borrelbijeenkomst.

Ook was er een overleg in kleine kring tussen "gedelegeerden", bedoeld om informatie over en weer uit te wisselen en te komen tot een zo goed mogelijke beleidsafstelling (de beleidsgroep).

De ontwikkeling die naar dit punt toe leidde is beschreven in het jaarverslag van het gezondheidscentrum over het jaar 1975 ³⁰ en door Lamberts (1972).⁴⁴ Behalve de discrepantie tussen het zogenaamde medische en het zogenaamde sociale model en een ongewenst effect van sociale actie (medicalisering), speelde ook een verschil van inzicht tussen hulpverleners uit het Kernteam en vertegenwoordigers van de welzijnssector een rol. De situatie binnen het contact werd "open" gehouden om een nieuw evenwicht kans te geven. Aldus is alleen maar de opvatting die binnen het Kernteam bestond weergegeven. Medio 1975 bracht de opbouwwerker die eveneens deel uit maakte van het functionarissencontact, verslag uit over zijn activiteiten over het afgelopen jaar.

Uit zijn verslag blijkt dat in de bijeenkomst van de zogenaamde beleidsgroep veel kritiek is geuit, met name door vertegenwoordigers van het vormingsinstituut, op de gang van zaken binnen het contact. Deze kritiek hield in dat de vertegenwoordiging in het algemeen en met name die van het gezondheidscentrum, niet voldeed, zodat het effect gering was.

Het contact werd beschreven als te vrijblijvend. Diverse conflictsituaties waarbij het functionarissencontact betrokken werd, zoals rond de personeelsbezetting bij de wijkverpleging en het maatschappelijk werk in het gezondheidscentrum, de problemen rond de gezinsverzorging en de subsidieperikelen rond de functietrainingen van het vormingsinstituut, hebben ertoe geleid dat de activiteiten van de beleidsgroep (oorspronkelijk alleen bedoeld voor informatie en beleidsafstemming), opleefden. Door deze betrokkenheid is ook de band tussen het functionarissencontact en de projectgroep welzijnsbeleid van de SWO sterker geworden, wat mede te danken was aan de deelname van de opbouwwerker aan beide groeperingen.

Op grond van deze opleving was de opbouwwerker van mening dat verder gaan met het functionarissencontact wel degelijk zinvol was.

Er werden afspraken gemaakt over de organisatie nadat eerst de doelstellingen zouden worden "bijgesteld".

De vragen waarop men zich zou moeten richten werden nu:

- "kan de informatie-uitwisseling ook via het zogenaamde borrelcontact nieuw leven worden ingeblazen?"
- "Hoe moet samenwerking tussen functionarissen tot stand komen?" (project-gewijs?)
- "Hoe kan de interactie met de bevolking worden bevorderd?"

Blijkens de notulen van de eerstvolgende drie vergaderingen is de beleidsgroep daar echter niet aan toegekomen.

De notulen geven weer dat noodzakelijke aandacht is besteed aan wederzijdse informatie en het verwelkomen van nieuwe functionarissen.

Het contact keerde terug naar een hibernatietoestand. Bij het bezien van deze ontwikkeling, rijst de vraag in hoeverre het functionarissencontact als instituut niet een exclusief kenmerk was van het élan en de ideologie van een pioniersfase, die inmiddels in dit opzicht niet meer bestond. Het tot stand komen van de deelgemeente en realisering in de toekomst van decentralisatie van het welzijnsbeleid en de welzijnsvoorzieningen door de gemeente Rotterdam, zullen een andere organisatievorm, met participatie van de bevolking, nodig maken.

Deze nieuwe structuur zal voorzien in een wijkcommissie van de deelgemeente waarin de diverse representanten van de sectoren uit het welzijnswerk zitting hebben. Door deze ontwikkeling zal ook de positie van de SWO met zijn projectgroep welzijnsbeleid ingrijpend veranderen. Ook de aard en de organisatie van het functionarissencontact leek in de toekomstige structuur niet meer te passen.

9.3.2. De sector welzijnszorg en maatschappelijke dienstverlening

Deze sector bestond in 1975 uit de volgende instanties:

- het dienstencentrum
- de gezamenlijke presentatie van de Rotterdamse gezinszorginstellingen
- het vormingswerk
- de sociaal raadsman
- het opbouwwerk en de diverse activiteiten die vanuit het communicatiecentrum werden ondernomen.

Het team heeft zich, zoals reeds is beschreven, in algemene zin met de relatie tussen gezondheidszorg en welzijnszorg bezig gehouden vooral naar aanleiding van de ontwikkeling in het contact van functionarissen en aan de hand van een voorlopig rapport over de integratie van sociale en sociaal medische dienstverlening voor instellingen op wijkniveau.

Dit rapport, uitgebracht door de gemeente Rotterdam, beoogde de structurele hervorming van de dienstverlening op wijkniveau door een decentralisatiebeleid van de gemeentelijke overheid en een versterkte actieve betrokkenheid van de bevolking.

Wijkgerichte multidisciplinaire teams, geplaatst onder eigen beheer van de wijk, werden als een geëigend instrument tot die integratie gezien.

Het Kernteam heeft schriftelijk gereageerd op deze interimrapportage en zich door middel van die reactie gepresenteerd als gesprekspartner in de discussie over de organisatie en opzet van het welzijnswerk.

Ook dit was een voorbeeld van een andere wijze van werken dan die in de vroege jaren gebruikelijk was binnen het functionarissencontact. Er werd fundamentele kritiek geuit op het ontbreken van een goed definieerde doelstelling van gezondheids- en welzijnszorg en het daarmee wellicht samenhangende gemak waarmee de term welzijnscentrum werd gehanteerd. In de toekomstige structuur zou volgens het Kernteam gestreefd moeten worden naar stimuleren van zelfzorg in de hulpverlening, terwijl interactie tussen gezondheidszorg en dienstverlening tot stand gebracht moet worden met een duidelijk oog voor de bestaande verschillen in "taal" (professionele verschillen).

Het streven om de bevolking bij dit proces te betrekken door middel van decentralisatie en voorlichting, werd positief beoordeeld.

Tenslotte werd gewezen op de belangrijke structurele organisatorische belemmeringen in de hulpverlening, die een ontwikkeling zoals bedoeld in het rapport, in de weg staan. Wat betreft de relaties tussen het Kernteam en de afzonderlijke welzijnsinstellingen kan worden gezegd dat met name ten aanzien van het vormingsinstituut onduidelijkheid bestond over de doelstellingen van dit instituut.

Uit de verslagen bleek dat er ook bij het vormingsinstituut onduidelijkheid over de doelstelling van het Kernteam leek te bestaan.

Contacten met het opbouwwerk betroffen voornamelijk de activiteiten van de projectgroep welzijnsbeleid, en vooral door de actieve rol welke de opbouwwerker in die groep heeft gespeeld. Met het dienstencentrum vond het meeste overleg over individuele gevallen plaats.

Het Kernteam heeft zich daarnaast actief bemoeid met een conflict tussen de leider van het dienstencentrum en het bestuur van dit centrum. Het bestuur van het dienstencentrum was van mening dat in sommige gevallen goed functionerende non-professionals vanuit de vrijwillige hulpverleningsdienst, teveel specifieke hulpverlenersverantwoordelijkheid op zich namen, of kregen toegeschoven.

De opvattingen van de werkers in het veld omtrent het stimuleren van zelfzorg en spontane mantelzorg werden kennelijk niet door de bestuurders gedeeld.

De relatie met de welzijnssector als geheel was op een punt aangekomen dat het Kernteam veel belang hechtte aan goede communicatie middels directe contacten over individuele hulpverlening, en de bereidheid om te komen tot integratie van de twee sectoren in de toekomst, zoals ook wordt verwoord in het genoemde rapport, maar dan na een diepgaande doelstellings- en definitiediscussie.

9.4. Relaties die samenhangen met de nevensdoelstellingen

De scheiding tussen deze relaties en die uit de derde categorie (de relatie met het voorwaardenscheppend systeem) was niet altijd goed zichtbaar. Nevensdoelstellingen van het team waren in dit verband hoofdzakelijk doelstellingen die te maken hadden met het richting geven aan de ontwikkeling van de diverse beroepen op grond van de doelen en het functioneren van het samenwerkingsverband. Dit heeft de afgelopen jaren geresulteerd in een aantal activiteiten:

- de actieve deelname aan diverse beroepsopleidingen door met name de huisartsen, de fysiotherapeuten, de wijkverpleegkundigen, en de maatschappelijk werkers.
- participatie in de activiteiten van diverse bestaande beroepsorganisaties zoals de Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen en het Nederlands Huisartsen Genootschap.
Binnen dit kader valt ook het contact met de bestaande beroepsbelangenorganisaties.
- deelname aan nieuw opgerichte overlegorganen zoals de stedelijke werkgroep van wijkverpleegkundigen in samenwerkingsverbanden, het "Platform van werkers in eerstelijns samenwerkingsverbanden in Rotterdam".
- contacten met betrekking tot het ontwikkelen van nieuwe vormen in de hulpverlening. Het gaat hier vooral om de activiteiten van de zogenaamde groepengroep.

9.4.1. De opleiding

Wat betreft de huisartsen, is de relatie met het universitaire onderwijs al meerdere malen in het verslag vermeld. Er is steeds, ook in 1975, consensus geweest binnen het team ten aanzien van de noodzaak om bij te dragen aan de beroepsopleiding tot huisarts in het kader van het curriculum van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut (R.U.H.I.). Daarbij was gekozen voor deelname aan de opleiding als huisartsopleider. De mogelijkheid om daarnaast als gastheer voor co-assistenten op te treden werd niet aanwezig geacht.

Braams, die parttime staflid van het RUHI was geworden, heeft in het kader van deze relatie veel energie besteed om de huisartsengroep en het RUHI op één lijn te krijgen.

Een aantal gesprekken vond plaats waarbij de opvattingen over en weer ten aanzien van de hulpverlening aan de orde werden gesteld. Daarbij bleek dat het nog jonge RUHI geen gezamenlijk omschreven opvattingen over de huisartsgeneeskunde en eerstelijns hulpverlening koesterde. De staf van het instituut en de hoogleraar voelden meer voor het in de komende jaren gezamenlijk uitwerken van het huisartsgeneeskundig concept.

Concrete afspraken konden daarom in een dergelijk vroeg stadium niet gemaakt worden. Braams heeft door middel van een aan het onderwijs aangepaste samenvatting van een aantal publicaties over de morbiditeitsregistratie in 1972, de toepassing van de met dit onderzoek verkregen kennis, in de opleiding tot huisarts trachten te realiseren.

Wolgast, in opleiding bij het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut, was in 1974 de eerste in het centrum opgeleide huisarts. In 1975 werd door Riphagen de tweede arts-assistent opgeleid.

Tijdens het cursorisch deel van de specifieke beroepsopleiding, de zogenaamde "terugkomdagen", bleek dat de arts-assistent het moeilijk vond om de specifieke opvattingen van de hulpverleners in het centrum weer te geven en waar nodig ook te verdedigen.

In 1975 werd een aanvang gemaakt met de voorbereiding van een specifiek curriculum voor de huisarts-assistenten die in de multidisciplinaire setting van het centrum werden opgeleid. Een voorwaarde van de zijde van het team daarbij was dat

opleiding in het centrum tenminste 10 maanden diende te bedragen. Een dergelijk curriculum zou bij wederzijds aanvaarden voor een aantal jaren kunnen dienen als samenwerkingsdocument tussen het Universitair Huisartsen Instituut en het team uit het gezondheidscentrum. Van groot belang was dat de stages van de arts-assistenten bij de andere in het centrum werkende disciplines een min of meer formele bekrachtiging zouden krijgen.

De fysiotherapeuten kwamen in 1975 in gesprek met de Academie voor Fysiotherapie. Het plan was dat stagiaires in het kader van hun opleiding aan de Academie voor Fysiotherapie de gelegenheid zouden krijgen hun stage in het gezondheidscentrum te voltooien.

De fysiotherapeuten stelden zich daarbij op het standpunt, evenals trouwens de huisartsen, dat voldoende informatie over en motivatie tot het werken in een multidisciplinair samenwerkingsverband, bij de stagiaire aanwezig diende te zijn. De voorbereiding van deze deelname aan de opleiding werd in 1975 afgerond, en de eerste stagiaires werden in 1976 verwacht.

Bij de discipline wijkverpleegkunde en maatschappelijk werk werden in 1975 geen stagiaires ontvangen. Voor beide disciplines was dit een rechtstreeks gevolg van de vele mutaties en andere personeelsproblemen.

Alle disciplines fungeerden voor elk stagiaire van elke discipline als gastheer tijdens de stage, om de gelegenheid te bieden het werk in het centrum ook daadwerkelijk mee te maken.

9.4.2. De beroepsorganisaties

De relatie tot de beroepsorganisaties was voor twee disciplines in 1975 actueel: de verloskundigen en de huisartsen. Het was voor deze disciplines een ervaringsfeit geworden dat samenwerkingsverbanden, wanneer deze ter sprake komen in de bijeenkomsten van beroepsverenigingen, kritisch beoordeeld worden.

Daarbij werd niet zelden de deelnemers aan zo'n samenwerkingsverband gevraagd nu eens expliciet en in detail uit te leggen wat er nu zo anders en zo nieuw is. Was dat dan gebeurd, dan luidt de reactie dikwijls: "Oh, maar dat doe ik al lang".

Het is blijkbaar moeilijk om het proces van attitudevorming en wederzijdse beïnvloeding, dat leidt tot een nieuw gezamenlijk resultaat, duidelijk te omschrijven en deze omschrijving te accepteren.

Van deze situatie is in de Kernteamvergaderingen en blijkens de notulen ook in 1975, wat betreft meerdere disciplines, sprake geweest.

Bij de huisartsen werd een langsluimerend conflict tussen de plaatselijke huisartsenvereniging en de huisartsen van de groepspraktijk in 1975 manifest. Al voor 1968 stelde het toenmalige PHV-bestuur zich bij de voorbereidende besprekingen van het samenwerkingsverband en de stichting van de groepspraktijk, kritisch op. De kritiek richtte zich in de aanvangsfase met name op de door de gemeente, door middel van het ter beschikking stellen van woon- en praktijkruimte, gesteunde vrije vestiging van de huisartsen.

In 1968 was er sprake van een huisartsentekort in Rotterdam en waren de aanstaande huisartsen die in Ommoord wilden gaan werken de enigen die zich in dit gebied wilden vestigen. In het gedeelte van de wijk wat al bewoond was voordat de huisartsen van de groepspraktijk zich vestigden, praktiseerden artsen uit de nabij gelegen wijken Prins Alexanderpolder en Hillegersberg - Terbregge. Een eerste conflict deed zich in die beginfase voor toen het wijkorgaan in oprichting mededelingen betreffende de spreekuren van Lamberts aan de deur van de "hulpkerk" hing. Dit werd door de beroepsorganisatie opgevat als ongeoorloofde reclame. In tweede instantie vormde de bouw van het centrum en het door de gemeente verleende huursubsidie, vanwege de vermeende onjuiste bevoorrechtiging van een kleine groep huisartsen, een bron van ongenoegen. De jaren 1973 en 1974 waren op dit punt

relatief rustig. In deze periode was Braams bestuurslid van de PHV.

Bij de uiteindelijke realisering van het dienstverband trad hij af omdat de meningsverschillen in het bestuur geen werkbaar basis voor samenwerking meer vormden en bovendien de interne tegenstellingen dermate verscherpten dat hij ook niet meer bij de besluitvorming werd betrokken. De voorbereiding van het dienstverband veroorzaakte een opleving van het conflict. Het door de G.G. & G.D.-directeur geadviseerde dienstverband bij de gemeente werd door de PHV afgewezen om twee redenen: het werd ongewenst geacht dat de gemeente zich op deze manier bezig hield met de eerstelijns gezondheidszorg in Rotterdam, en ten tweede dat huisartsen en andere vrije beroepsbeoefenaren bevoorrecht werden zonder dat duidelijk was dat dit voorrecht ook aan andere huisartsen of andere vrije beroepsbeoefenaren zou worden toegekend.

De Rotterdamse Raad voor de Volksgezondheid, waarin ook de PHV was vertegenwoordigd, kon binnen de gestelde termijn niet adviseren over het dienstverband, maar de mening binnen dit adviescollege tendeerde naar een dienstverband bij een stichting. Toen aan de onzekerheid een einde kwam door het gemeenteraadsbesluit van 23 januari 1975, waarbij het dienstverband een feit werd, trad de PHV in de openbaarheid met een persconferentie. De persconferentie had, mede door het emotionele karakter, een voor de PHV onbedoelde uitwerking. Diverse media lieten zich in commentaren kritisch uit over dit optreden.

Met name de weinig zakelijke benadering van de belangentegenstelling (ook door de groepspraktijk terdege onderkend) werd negatief beoordeeld. Deze gebeurtenis had op landelijk niveau tot gevolg dat het Central Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Dagelijks Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap in een gezamenlijke verklaring opriepen tot tolerantie tussen de Rotterdamse beroepsgeenoten, wat door de PHV opgevat werd als kritiek.

Dat dit zo opgevat werd is niet vreemd als men bedenkt dat de PHV-kritiek zich inhoudelijk vooral richtte op de besluitvorming van de gemeenteraad en dat de huisartsen uit het centrum aan de persconferentie part noch deel hadden. De gezamenlijke verklaring van de twee landelijke besturen werd door de Rotterdamse PHV als een terechtwijzing opgevat. Dit had tot gevolg dat om rectificatie werd gevraagd. Slechts het Centraal Bestuur van de LHV was bereid tot een correctie in de vorm van een anders geformuleerde verklaring. Het NHG-bestuur besloot de verklaring niet te herzien.

Met het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de huisartsengroep een intensieve relatie opgebouwd. De vroege jaargangen van het tijdschrift Huisarts en Wetenschap werden door ieder lid van de groep die zich nieuw vestigde, als verplichte literatuur doorgewerkt.

Personele banden met het Genootschap werden in eerste instantie gelegd via het lidmaatschap van Lamberts van de redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap. Naderhand namen Riphagen en Bakker deel aan de activiteiten van de contactgroep voor gezondheidscentra en centra voor maatschappelijke dienstverlening van het NHG. Deze multidisciplinaire werkgroep hield zich in 1971, 1972 en 1973 voornamelijk bezig met het organiseren van werkconferenties waarin diverse aspecten van de multidisciplinaire samenwerking besproken en beoefend werden. Het succes van deze ééndaagse workshops bouwde voort op de resultaten van een tweedaagse conferentie over hetzelfde onderwerp in maart 1972 in Woudschoten (N.H.I. 1972).⁶⁵ Naderhand is deze groep zich meer gaan richten op de gemeenschappelijke en vooral structurele en professionele problemen die bestonden in de diverse samenwerkingsverbanden in Nederland. Via deze werkgroep kwam Riphagen in het NHG-bestuur. Van Weel was inmiddels tot de redactiecommissie van Huisarts en Wetenschap toegetreten, terwijl Lamberts en van Dijk deelnamen aan de activiteiten van de werkgroep "registratieproblematiek", die een probleemgerichte registratie ten behoeve van de Nederlandse huisarts aan het voorbereiden was.

Bakker heeft gedurende een aantal jaren bijdragen geleverd aan de introductiecur-sussen voor aankomende huisartsen die gegeven werden door het Nederlands Huis-artsen Instituut.

Een belangrijk deel van de nevenactiviteiten van het team vond plaats binnen het kader van het NHG.

Hoewel het hier voornamelijk activiteiten van de huisartsen uit het team betrof, hebben ook vertegenwoordigers van andere disciplines in toenemende mate een aandeel in deze activiteiten gekregen.

Maatschappelijk werker Jos op 't Root was tot aan zijn vertrek naar het Maastrichtse Huisartsen Instituut als gedragswetenschappelijk medewerker, lid van de reeds eerder genoemde contactgroep. Hij is daarin achtereenvolgens opgevolgd door wijkverpleegkundige Joke Zuidervaat en door fysiotherapeut Monteny.

Verloskundige Rita Visman werd hoofdbestuur lid van de nieuwe Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Een plaatselijke vereniging van verloskundigen kende deze organisatie niet. In het kader van het bestuurswerk heeft zij ondermeer een gedelegeerde taak gekregen in de begeleidingsgroep van de voorlopige stimule-ringsregeling voor samenwerkingsverbanden. Een bijkomende functie was het re-dacteurschap van het tijdschrift van de organisatie.

Een product van weer een andere multidisciplinaire werkgroep, de werkgroep ta-kenpakket, verscheen in 1975 onder de titel "Hoe helpt de dokter?", een speciale uitgave van het NHG.⁶³

De hoofdthema's van dit rapport, waarvan Riphagen een van de auteurs was, zijn in Hoofdstuk I weergegeven. Het tweede hoofdstuk van "Hoe helpt de dokter?" heeft een uitwerking gekregen in een nieuw rapport "Methodisch werken" (NHG 1977) van de hand van dezelfde groep auteurs.⁶⁴

De relatie met het NHG, waarvan ongeveer de helft van de nederlandse huisartsen lid was en dat voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde een belangrijke rol heeft gespeeld, bleef in 1975 voor het team van groot belang als kanaal voor ontwikkelingsmogelijkheden.

Van de bestaande landelijke verenigingen van maatschappelijk werkers was slechts een klein percentage van de in Nederland werkende maatschappelijk werkers lid. Wat betreft de maatschappelijk werkers in Ommoord, is van een relatie met de beroepsvereniging in deze verslagperiode geen sprake geweest.

Hetzelfde geldt ook voor de organisatie van wijkverpleegkundigen.

Ten aanzien van de fysiotherapeuten heeft zich een proces afgespeeld wat vergelijk-baar was met dat bij de huisartsen. Teleurgesteld over het uitblijven van een visie en een daarop gebaseerd beleid met betrekking tot de positie van fysiotherapeuten in samenwerkingsverbanden, verlieten alle fysiotherapeuten met uitzondering van Aad Monteny het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de beroepsorgani-satie van de fysiotherapeuten in Nederland.

9.4.3. Nieuwe overlegsituaties

In 1974 kwam een nieuw, speciaal voor deelnemers aan samenwerkingsverbanden in Rotterdam bedoeld, overleg tot stand.

Dit overleg kreeg de naam: "Platform van werkers in de eerstelijns samenwerkings-verbanden". De meeste centra in Rotterdam namen aan dit Platform deel.

Het platform was ingesteld om op stedelijk niveau invloed uit te oefenen op instel-lingen en beleidsinstanties ten gunste van bestaande en op te richten samenwer-kingsverbanden in de eerstelijns.

Objecten daarvoor waren de gemeente Rotterdam, de Rotterdamse Raad voor de Volksgezondheid met de daaraan verbonden, voornamelijk op instigatie van de ziekenfondsen opgerichte, stichting groepspraktijken (ter bemiddeling en advise-ring), de SSRK, de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam en tenslotte de

Plaatselijke Huisartsen Vereniging. In de beginfase van het Platform werd getracht gezamenlijke doelen te formuleren en prioriteiten met betrekking tot de te voeren acties aan te geven.

Het Platform is het niet eens geworden over de doelstellingen. Dit bleek vooral door de vergeefse moeite die werd gedaan om het Platform een eigen rechtspositie te geven. Men kwam daardoor niet verder dan het uitwisselen van informatie over bijvoorbeeld de subsidieregelingen en het voorbereiden van detacheringsovereenkomsten ten behoeve van de maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. De korte historie van het Platform toont aan dat, doordat vanaf het begin in 1974 tot aan het eind van 1975 geen duidelijke doelstellingsdiscussie tussen de deelnemende centra heeft plaats gehad, de ontwikkeling stagneerde. Bovendien bleek ook dat de poging tot formalisering van het platform argwaan wekte bij de kleinere centra, die meenden een te geringe inhoudelijke inbreng te zullen krijgen.

De grotere, langer bestaande groepen hadden meer concrete problemen, die als zodanig gemakkelijker te bespreken waren. Het vervolg zou moeten leren of de - tot nu toe impliciete - ideologische verschillen tussen de centra te groot waren om een gezamenlijk, niet vrijblijvend en effectief optreden mogelijk te maken.

In de periode van mei 1974 tot december 1975 is het Platform dikwijls ter sprake geweest in de Kernteamvergaderingen. Het Platform werd door het team gezien als een belangrijke potentieel ondersteunende factor voor het team.

De P.H.V. Rotterdam heeft zich ten opzichte van deze nieuwe groepering, waarbij het feit dat een aantal deelnemende huisartsen geen PHV-lid waren extra argwaan wekte, kritisch opgesteld.

9.5. Het voorwaardenscheppend systeem

De nationale verschijningsvorm van de samenwerking in de eerstelijns heeft zich in de zeventiger jaren ontwikkeld tot die van een "beweging": Een groeiende, maar in zijn totaliteit nog niet zo grote groep werkers, met in zijn kielzog een gevarieerd gezelschap uit de diverse beroepsgroeperingen, de ondersteunende sectoren, onderzoekers en geïnteresseerde politici.

Een beweging is er op uit om veel aandacht te krijgen en de eerstelijns beweging kreeg die ook. Het krijgen van aandacht is echter niet synoniem met het ontvangen van adequate ondersteuning.

Bij de meest recente registratie van het Nederlands Huisartsen Instituut bleken 66 gezondheidscentra te voldoen aan het door het NHI gehanteerde criterium (N.H.I. 1978).⁶⁶ Ook al is dit aantal snel toegenomen, toch moet niet uit het oog worden verloren dat het nog steeds om een kleine groep hulpverleners gaat.

Het is daarom op deze plaats gewenst om aan te geven hoe de posities van de diverse groeperingen en partijen binnen de eerstelijns in brede zin in 1975 waren.

9.5.1. Relaties met de centrale overheid

Het ministerie van VOMIL produceerde een beleidsnota over de structuur van de gezondheidszorg waarin de versterking van de eerstelijns gezondheidszorg, werd aangekondigd. Praktische steun werd geboden in de voorlopige stimuleringsregeling voor gezondheidscentra, uitgevoerd samen met het ministerie van CRM teneinde bestaande en beginnende samenwerkingsverbanden een tegemoetkoming in de extra kosten te geven.

Bovendien had de commissie die deze regeling moest begeleiden, en die bestond uit representanten van de beide ministeries en de beroepsorganisaties, de opdracht een definitieve structuur te ontwerpen, waarbinnen juridische, financiële en technische aspecten van samenwerkingsverbanden, in het toekomstige beleid konden worden vastgelegd. De rapportage van deze begeleidingsgroep kreeg in de jaren na 1975 gestalte en eind 1977 waren drie interim rapporten vrijwel gereed. (Ministerie van VOMIL).⁶⁰

Deze drie rapporten handelden over de ruimtelijke voorzieningen, de juridische aspecten (o.m. dienstverband) en de financiële aspecten.

Samenvoeging van deze rapporten zou moeten uitmonden in een advies om de voorlopige stimuleringsregeling om te zetten in een definitieve.

Onafhankelijk daarvan kwamen voorstellen binnen de ziekenfondsraad voor financiële steun aan deelnemers in samenwerkingsverbanden in een vergevorderd stadium. Uiteindelijk nam deze raad een besluit waarbij "samenwerkingstijd" en andere specifieke aspecten van samenwerkingsverbanden door de Raad vanuit de AWBZ vergoed konden worden. Ook in het parlement is gewezen op het feit dat de aangekondigde versterking van de eerstelijns, op de vermelde subsidieregeling na, voorlopig bestond uit lippendienst. De ontwikkeling binnen de begeleidingsgroep en vooral die binnen de ziekenfondsraad waren zonder twijfel meer dan "lippendienst".

9.5.2. Relaties met de gemeentelijke overheid

In de steden Rotterdam en Amsterdam speelde in deze periode de gemeentelijke overheid een actieve rol in de ontwikkeling van een voorwaardenscheppend en behorend systeem voor de eerstelijns gezondheidszorg. De provinciale overheden hebben hier en daar initiatieven ontwikkeld, waarvan het service platform in Noord Holland ten behoeve van samenwerkingsverbanden een voorbeeld is.

Al eerder is weergegeven (pag. 6, Hoofdstuk IV), hoezeer de gemeente Rotterdam voor het samenwerkingsverband in Ommoord van belang is geweest.

9.5.3. Landelijke ondersteuning

Met name het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Joint, een samenwerkingsorgaan van instellingen voor maatschappelijk werk en de Nationale Kruisvereniging, waren via hun communicatiekanalen dikwijls de spreekbuis van de eerstelijns hulpverleners die naar multidisciplinaire samenwerking streven. Na het aanbieden van het rapport: "Hoe helpt de dokter?" aan de leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, bleek dat de grote meerderheid van de nederlandse huisartsen samenwerking niet opgelegd wenste te zien.

In 1975 ging een gezamenlijk project van NHI, Joint en Nationale Kruisvereniging van start, het zogenaamde "S1"-project. Gedurende drie jaren zou dit door het ministerie van VOMIL financieel gesteunde project ondersteuning, advies, begeleiding en onderzoek verrichten ten behoeve van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns.

Het landelijk beeld van de rol van de ziekenfondsen leek enerzijds bepaald te worden door terughoudendheid en voorzichtigheid van de plaatselijke ziekenfondsen ten aanzien van financiële participatie in gezondheidscentra en het opzetten daarvan. Anderzijds is de ontwikkeling binnen de ziekenfondsraad, zoals reeds geschetst, verder gegaan en is een uitgewerkt plan voor financiële steun aan samenwerkingsverbanden ontstaan.

Min of meer apart stonden het Withuis in Venlo en het gezondheidscentrum Maarssebroek, waar de plaatselijke ziekenfondsen in de financiële opzet van de centra direct deelnamen. In Rotterdam was de rol van de plaatselijke ziekenfondsen in 1975 zichtbaar in de participatie in de eerder genoemde stichting groepspraktijken. Voorgenomen financiële ondersteuning van de reeds functionerende samenwerkingsverbanden werd in dat jaar nog niet gerealiseerd, maar zou te zijner tijd wel ten goede komen aan de centra in Ommoord en aan de Randweg. Het gezondheidscentrum in Hoensbroek besteedde veel tijd en energie aan het tot stand brengen van een overeenkomst betreffende integrale kostenvergoeding.

Activiteiten van de ziekenfondsen kwamen derhalve tot uiting in het plaatselijke vlak en werden per centrum gerealiseerd.

De economische aspecten (kostenverhoging) spelen daarbij een belangrijke rol,

alsmede de voorgenomen "verzwakking" van de tweede en derde lijn van de gezondheidszorg, ten gunste van de eerstelijns.

De in samenwerkingsverbanden participerende hulpverleners hebben al vanaf 1970 in ruime mate openbaarheid gegeven aan hun ideeën. Veel conferenties, workshops, nota's, publicaties in de vakbladen en in de dagbladpers hadden een nogal evangeliserend karakter en kenmerkten zich door een sterk "ethos van vernieuwingsdrang". De maatschappelijke steun in de aanvangsfase zoals die gegeven werd door de publieke opinie, de overheid en de beroepsorganisaties was aanzienlijk. Het ging om een nieuwe ontwikkeling, waarvan de beeldvorming in belangrijke mate tot stand kwam door de eerste vijf gezondheidscentra in Nederland. Bij pogingen om tot een gezamenlijke onderzoeksopzet te komen voor het ITOBA-onderzoek van de vijf gesubsidieerde gezondheidscentra, bleek al dat de interesses en behoeften per centrum sterk verschilden. Dit berustte zeker ook op verschillen in hulpverleningsideologie. Dat deze verschillen bestonden is niet onbekend en ook niet bezwaarlijk, mits duidelijk gemaakt werd in welk opzicht en met welke specifieke doelen de eigen opvattingen onderbouwd en uitgebouwd werden.

Waar dit gebeurd is en met name in de publicaties van de centra in Ommoord, Venlo en Hoensbroek hoorde men de kritiek, dat de ontworpen ideologie sterk accent legde op de functie en opvattingen van de hulpverleners in plaats van die van de patiënt. Van Beugen benadrukte dat de drijfveer voor de versterking van de eerstelijns in de zin van samenwerking tussen hulpverleners moet worden gezocht in de opvattingen en motiveringen van de patiënten in plaats van economisch-organisatorische overwegingen aan de hulpverleningskant (v. Beugen 1975).⁸

9.5.4. Beschouwing over de externe factoren

Bij het rangschikken en analyseren van de externe factoren, die voor de samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en het gezondheidscentrum Ommoord in het bijzonder, van belang waren, moet worden gelet op een aantal kenmerken. Bezien moet worden of een factor als positief of als negatief beoordeeld wordt (het gaat hier om het oordeel van het team zelf).

Tevens dient onderscheid te worden gemaakt tussen de diverse aspecten in het werk van teams waarop deze factoren aangrijpen.

Het kan daarbij gaan om de inhoud van het samenwerken - de hulpverlening -, de professies van de verschillende teamleden, of de interne- en de externe organisatie. Vervolgens kan worden getracht een indruk te geven over de aard en de omvang van de reactie van het team op de invloed van de externe factor. Tenslotte zou een samenvattend oordeel gegeven kunnen worden over de resulterende "maatschappelijke steun" of het ontbreken daarvan. Deze materie kan in de context van deze beschrijving slechts in beschouwende en vergelijkende zin worden benaderd.

Boddy heeft in een recente publicatie verslag gedaan van een onderzoek naar de organisatie (intern en extern) van gezondheidscentra in Nederland, Hongarije, Engeland, Denemarken en Zweden (WHO 1978).¹³

Bij de twee nederlandse centra die werden onderzocht was ook het gezondheidscentrum in Rotterdam-Ommoord. Met uitzondering van de twee Hongaarse voorbeelden hanteerden alle onderzochte centra het "practice model", dat wil zeggen het samenwerkingsverband was gebouwd rond en om de praktijken van de deelnemende huisartsen.

Alle onderzochte teams wilden de hulpverlening afstemmen op de veronderstelde behoefte van de verzorgde populatie. Dit impliceerde dat de bemoeienis van de teams zich is gaan uitstrekken tot de functie van de gezondheidszorg in de gemeenschap. Een gevolg daar weer van was, dat de teams gedeeltelijk afhankelijk werden van maatschappelijke veranderingen. Het effect hiervan kon zowel positief als negatief zijn.

Op een meer algemeen niveau is de economische teruggang met de samenhangende bestedingsbeperking ook een voorbeeld van een dergelijke invloed.

Een belangrijk knelpunt lag in de organisatorische inbedding in de structuur van de gezondheidszorg. Dit knelpunt is in de loop van dit verslag veelvuldig aan de orde geweest, maar is ook blijkens het onderzoek van Boddy een gemeenschappelijk kenmerk van gezondheidscentra in verschillende landen. De relatie van de teams met de beheersstructuur van de gezondheidszorg wordt beschreven als "ad hoc". Het voordeel hiervan is dat de beroepsrollen binnen de samenwerkingsverbanden meer ontwikkelingsvrijheid hebben.

Er zijn van deze constructie echter ook nadelen te melden. In de eerste plaats garandeert een ad hoc relatie onvoldoende adequate en continue steun. Boddy tekent daarbij aan dat het verminderen van de door de beheerslichamen verleende steun, in het team zelf, stress teweeg brengt, waardoor het "practice model" versterkt wordt.

Ook hiervoor zijn in Ommoord aanwijzingen. De vele energie die besteed is aan de externe organisatorische aspecten, vooral ten aanzien van de werkgevers, heeft ertoe bijgedragen dat de huisartsen pas in 1975 een iets minder centrale positie in het team zouden gaan innemen.

Ook bij andere centra was dit blijkbaar het geval en dit struikelblok stond groei naar een meer horizontaal functionerend team kennelijk in de weg.

Een ander nadeel, wat met het bovenstaande samenhangt, was het ontbreken van een goed functionerend "feed back" kanaal tussen de teams en de beheerslichamen. In het algemeen is het zo dat een goed functionerend terugkoppelingssysteem een formele status van de teams noodzakelijk maakt. Dit nadeel gaat zich wreken bij de beoordeling van informatie vanuit de centra aan de beherende instanties. Dikwijls was dan het "experiment zijn" motief voor de beleidsinstantie om niet tot formele erkenning over te gaan voordat voldoende evaluatie had plaatsgevonden. Op de moeilijkheden van de bedoelde evaluatie is al gewezen in dit verslag, (Hoofdstuk IV, par. 6) waarbij bleek dat het gevaar van een vicieuze cirkel hier dreigt.

A fortiori gaat dit bezwaar een rol spelen bij het naar buiten brengen van nieuwe ontwikkelingen in de hulpverlening, die een rechtstreeks gevolg zijn van het proces van de multidisciplinaire samenwerking.

Deze ontwikkelingen riepen reacties op van de diverse beroepsgroeperingen in breder verband. De aard van deze reactie was dikwijls gemengd. In het geval "Ommoord" was de teneur van de geluiden uit de beroepsgroep van de huisartsen overwegend negatief wanneer men dit op stedelijk niveau beziet. Landelijk waren de reacties iets welwillender.

Dit is ook vermoedelijk ook een gevolg van het feit dat in het laatste geval dikwijls over de eerstelijns als geheel gesproken wordt.

De diversiteit en het slecht gedefinieerd zijn van dit begrip geven aan een dergelijk oordeel een minder nadrukkelijk accent.

Een negatieve benadering door een beroepsgroep kan leiden tot isolement en een defensieve instelling in het kader van externe relaties en tot stress binnen een team. (Boddy 1978).¹³

Voor het team van het centrum in Ommoord waren drie groepen externe factoren van belang:

- de beheersstructuur: de gemeente Rotterdam, de Stichting Maatschappelijk Werk Rotterdam en de Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen.
- de beroepsgroeperingen: plaatselijk en landelijk.
- de verzorgde populatie.

In het licht van de opvattingen van Boddy krijgen deze relaties de volgende, nadere typering:

Vanuit het team wordt steun gevraagd aan de beheersstructuur.

Basis van deze steun is de erkenning van de zogenaamde "meerwaarde", waarmee wordt bedoeld dat de specifieke inhoudelijke aspecten van samenwerking bij het beleid het zwaarst dienen te wegen.

De op basis hiervan verkregen steun moet uitmonden in formele erkenning en het verkrijgen van een eigen positie binnen de gezondheidszorg.

Dit mechanisme leidt tot versterking van de identiteit van het team en maakt een goed functionerend terugkoppelingssysteem naar de beheersstructuur mogelijk. Functioneert deze verbinding niet goed dan wordt minder steun verkregen en moet het team de daarmee samenhangende stress en onzekerheid d.m.v. een eigen adaptatiemechanisme opvangen.

Het ontbreken van een goed beeld van de "meerwaarde" bij de beleids- en beheersinstellingen, het ongeduld en de economische invloed doen dit proces vertragen, ook al zijn stappen in de goede richting genomen.

Van deze stappen moeten speciaal genoemd worden de rapportage van de begeleidingsgroep van de stimuleringsregeling, de ontwikkeling binnen de ziekenfondsraad en het S1-project.

Hier kan worden gesproken van een vertraagde legitimeringsfase. Een formele inbedding zoals door Boddy bedoeld, bleef uit.

De stress binnen de teams heeft tot gevolg dat het terugkoppelingskanaal niet goed functioneert maar bovendien dat de nodige inhoudelijke uitbouw van de hulpverlening eveneens langzaam verloopt. Aldus ontstaat een vicieuze cirkel. Dit gevaar is ook al gesignaleerd in het kader van het S1-project, waar wordt gesproken over het scheppen van de nodige "werkruimte" voor de teams (S1 1977).⁷³

Zoals al aangegeven vallen de relaties met de beroepsgroeperingen in een aantal categorieën uiteen:

- plaatselijk, waarbij een overwegend negatieve houding van de beroepsgroepen (vooral de huisartsen), ten opzichte van het team waar te nemen viel.
- landelijk, met een iets welwillender, maar ook minder omschreven mening.
- andere centra, met een solidaire instelling, hoewel de werkopvattingen dikwijls zeer verschilden.

Er trad bij het beoordelen van het effect van deze drie categorieën van factoren op het team in Ommoord, wel een zekere neutralisatie op.

De relaties op plaatselijk niveau bleken in de afgelopen jaren van groot belang. De als negatief beleefde houding van de plaatselijke beroepsgroeperingen leidde tot stresssituaties binnen het team en een defensieve houding naar buiten toe.

Dit gaf aanleiding tot een zeker isolement, waarin relatieverbetering moeilijker wordt, zodat ook hier van een vicieuze cirkel sprake was.

De wisselwerking tussen het team en de door het team verzorgde populatie was in Ommoord geen onbekend terrein, omdat onderzoek is verricht naar de hulpverlening zelf, en ook naar de relatie tussen centrum en bevolking (ITOB, Boom e.a. 1978).^{81 14}

Positieve invloed ging uit van de plaatselijke en landelijke beheersstructuren.

De invloed van de beroepsgroeperingen was plaatselijk negatief en landelijk positief, maar weinig omschreven.

De invloed van de relatie met de bevolking was, vooral nadat hiervan meer bekend geworden was, een positieve.

De resulterende maatschappelijke steun voor het Kernteam in Ommoord en de daarmee samenhangende optimale ontwikkelingsmogelijkheden, werden in toeneemende mate gekoppeld aan de relatie met de beheersstructuur.

De aard van deze relatie zoals hierboven is weergegeven is dusdanig, dat van onvoldoende adequate steun gesproken kan worden, met alle gevolgen van dien.

Van Loon betoogt vanuit een andere hoek dat in de historische ontwikkeling van gezondheidsstoornissen en de daarvoor ingestelde voorzieningen te laat is gereageerd op de nieuwe ziekmakende en welzijns-bedreigende factoren (Van Loon 1975).⁵⁴ De ontwikkeling van een homogeen systeem voor de eerstelijns gezondheidszorg en gelijktijdige terugdringing van de tweedelijns voorzieningen, is te laat van start gegaan. Van Loon pleit voor productinnovatie van met name de eerstelijns van de gezondheidszorg in Nederland en hij constateert dat de theorievorming die daarvoor nodig is, ontbreekt en dat de eerste lijn, behalve het onderbouwen van het eigen handelen bovendien gelijktijdig tot taak heeft, de consument de eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid bij te brengen.

Deze positie acht van Loon ongunstig. Hij pleit voor theorievorming en dienovereenkomstig productinnovatie vanuit de economische schaarstetheorie. De beschouwingen van van Loon zijn in deze zin een ondersteuning van de veronderstelling dat de externe maatschappelijke steun in brede zin voor de samenwerkingsverbanden onvoldoende adequaat is.

Als oplossing voor de eerstelijns suggereert van Loon "herprofessionalisatie", in die zin dat zich een dualiteit uitkristaliseert, die ook voor de consument duidelijk is. Deze dualiteit zou moeten inhouden dat twee functies worden vervuld: ten eerste de gezondheids-professionele en ten tweede de medisch-professionele.

De eerste functie houdt het accentueren van gezondheidsvoorlichting, het stimuleren van zelfhulp en de inzet van vrijwilligers in.

De tweede functie, waarvoor bij ontwikkeling van de eerste functie meer tijd en andere middelen vrijkomen, betreft de meer klassieke, maar dan in de vorm van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden uitgeoefende, eerstelijns hulpverlening.

De vele vertakkingen en processen binnen de systemen van externe factoren, die invloed hadden op het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg, en meer in het bijzonder het centrum in Ommoord als exponent van de ontwikkeling, maakten het ook, gezien de beschikbare bronnen voor dit verslag, aantonen van daadwerkelijke steun of aantoonbaar gebrek daaraan, niet eenvoudig. Voorspellingen in dit opzicht zullen moeten worden gerelateerd aan een tweetal factoren: het uitkristalliseren van uniforme en uitgewerkte opvattingen binnen het eerstelijns hulpverleningssysteem en de vertaling in termen van gezondheidszorgpolitiek.

HOOFDSTUK V

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

1. Inleiding

Met hoofdzakelijk de verslagen van vergaderingen van het Kernteam en de afzonderlijke disciplines in het Gezondheidscentrum Ommoord als bronnen, is de ontwikkeling van dit centrum over een periode van zeven jaar beschreven.

Voorafgaande aan de beschrijving zijn een drietal vraagstellingen geformuleerd. Bij de beschrijving in Hoofdstuk IV is een structuur gehanteerd waardoor de diverse aspecten van het samenwerkingsproces zo duidelijk mogelijk zichtbaar worden, zodat beantwoording van de gestelde vragen mogelijk is.

Het verslag valt in drie delen uiteen (zie hoofdstuk I) die ieder een min of meer afgeronde periode beslaan:

- de opbouw van de samenwerking (1968 - 1972)
- de teamvorming na de ingebruikneming van het Gezondheidscentrum (1973 - 1974)
- verdere ontwikkeling en formalisering van de samenwerking (1975).

De eerste twee delen zijn hoofdzakelijk beschrijvend van aard, terwijl bij de beschrijving van de ontwikkeling in het jaar 1975 gebruik is gemaakt van de hierboven vermelde structuur.

Bij de beschrijving is op diverse plaatsen beschouwend en analytisch commentaar gegeven.

Allereerst zal de inhoud en daarna de werkwijze van de auteur ter sprake komen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen.

2. De inhoud

2.1. Eerste vraagstelling: "Wat is tot stand gebracht, welke taakaspecten zijn beschreven?"

Per beschreven aspect wordt nagegaan in hoeverre deze eerste vraagstelling tot zijn recht kwam.

2.1.1. Doelen en activiteiten

Er is een multidisciplinair team van eerstelijns gezondheidszorg ontstaan, wat beschikt over een eigen gebouw.

Dit team heeft gezamenlijke doelstellingen geformuleerd op drie vlakken:

- de multidisciplinaire hulpverlening in de eerste lijn voor de wijk Ommoord. De nadruk heeft vanaf het begin gelegen op geïntegreerde benadering van leefproblemen. Deze doelstellingen zijn in de loop van deze periode uitgekristalliseerd en behoudens geringe koerswijzigingen niet veranderd.
- de samenwerkingsstructuur, waarbij afspraken tussen teamleden en disciplines in de loop der jaren hebben geleid tot het ontstaan van een autonoom team met een horizontale besluitvormingsstructuur. Deze ontwikkeling heeft een aantal interne- en externe managementtaken zichtbaar gemaakt, die uiteindelijk in een volledige functie samengebracht werden.
De externe organisatorische inbedding in de "grotere" organisatie en beheersstructuur heeft veel energie en tijd gevraagd.
- activiteiten met het doel de diverse deelnemende beroepen en het collectief product daarvan te ontwikkelen.

Dit ontwikkelingswerk heeft de vorm gekregen van zelf verricht wetenschappelijk onderzoek, deelnemen aan beroepsopleidingen en bieden van stagemogelijkheden en participeren in commissies, werkgroepen en andere vormen van plaatselijk en landelijk overleg over het werk.

Tenslotte kunnen hier ook onder begrepen worden de "nieuwe" vormen van hulpverlening.

Een zeer intensieve communicatie was nodig om deze doelen te bereiken.

2.1.2. De deelnemende beroepen

De professionele aspecten en de beroepsrolopvattingen die deze aspecten mede determineren, en vooral de mate waarin veranderingen en ontwikkelingen optreden, zijn een belangrijk element van de multidisciplinaire samenwerking.

Het streven van het team naar autonomie en de voortdurend gevoelde noodzaak daartoe, heeft twee gevolgen gehad:

- veel tijd en energie is door het hele team besteed aan structureel organisatorische aspecten. De ontwikkeling en het naar elkaar toegroeien van de beroepsrollen zijn daardoor vertraagd.
- de positie van de huisartsendiscipline is overheersend gebleven. Er is op deze manier geen verandering gekomen in het "practice based" karakter van het samenwerkingsverband in Ommoord.
Dit heeft consequenties voor de beroepsrolopvattingen van de huisartsen en beperkt de veranderingsmogelijkheden.

Een andere bepalende factor bij de professionele eenwording van het team is gelegen geweest in het verschil in ontwikkelingssnelheid per discipline. De discipline wijkverpleegkunde in Ommoord was mede door de grote doorstroming het voorbeeld van een langzaam en moeizaam "groeierende" werksoort, ondanks alle extra moeite en verkregen ondersteuning.

De fysiotherapie "groeide" als discipline voorspoedig doordat de beroepsrol van de fysiotherapeut zich zeer flexibel toonde in de multidisciplinaire samenwerking en anderzijds door de actief-innoverende rol bij de groepsgewijze benadering.

Het maatschappelijk werk bleek als discipline goed inpasbaar, vooral door de nadruk die werd gelegd op leefproblemen.

De verloskunde behield als discipline de grootste zelfstandigheid.

Twee nieuwe disciplines ontstonden: die van praktijkcoördinator en die van praktijkverpleegkundige. De positie van de dokterassistentes werd langzamerhand verduidelijkt en verstevigd.

De communicatie over patienten, tussen hulpverleners van verschillende disciplines, is bij onderzoek omvangrijk gebleken.

De hoeveelheid tijd die is besteed aan casuïstiek besprekingen en andere meer formele vormen van overleg over de hulpverlening zelf, is in de loop der jaren afgenomen.

Het door de samenwerking verschuiven van hulpverleningstaken vanuit het traditionele gebied van de ene discipline naar dat van een andere, vond plaats tussen huisarts en wijkverpleegkundige, huisarts en verloskundige en in mindere mate huisarts en fysiotherapeut.

Het zwaartepunt van alle vormen van ontwikkelingswerk heeft vanaf het begin gelegen bij de huisartsen. Op alle terreinen van ontwikkelingswerk, met uitzondering van onderzoek, zat er bij de overige disciplines niettemin "groei" in.

Het belangrijkste resultaat wat in het team gemeengoed werd was de conceptie van "probleemgedrag".

Nieuwe activiteiten zijn ontwikkeld, voornamelijk in de vorm van de groepsgewijze benadering.

Bij een - overigens na 1975 verricht - onderzoek bleek dat het gebruik van een serie begrippen uit de huisartsen-"taal" door andere disciplines allerm minst eenduidig en congruent met het huisartsengebruik was. Na zeven jaar samenwerking werd deze uitkomst door het team gezien als een wat teleurstellende indicatie van de gemaakte vorderingen.

Dit behoeft een gemeenschappelijke optiek niet uit te sluiten, maar geeft wel aan dat de inhoud van een beroepsrol, ondanks anders gerichte verwachtingen, niet snel verandert.

De algemeen voorkomende inkomensverschillen zijn ook in het Ommoordse team blijven bestaan. De deelnemers ontleenden aan hun lidmaatschap naar buiten toe een zeker prestige.

Wat betreft de interne verhoudingen kan worden gezegd dat de verdeling van de macht samenhangt met de mate van professionele groei van de verschillende disciplines.

2.1.3. Organisatie van het team

De eerste fase omvatte de voorbereiding in de jaren 1968 tot 1972, waarin de multidisciplinaire samenwerking vanuit de huisartsen is opgebouwd en waarin tenslotte een gezamenlijke huisvesting werd verkregen.

Er was nog geen sprake van een team en de samenwerking verliep volgens een radspaan structuur (figuur V geeft de organisatie weer).

De tweede periode omvatte de jaren 1973 en 1974. Deze periode is besteed aan de praktische, inhoudelijke en relationele aspecten van de teamvorming. Aan het eind van deze periode werd het streven naar autonomie van het team na een proces van doelstellingsformulering, manifest. (figuur VI geeft de organisatie weer).

De derde periode begon op 1 januari 1975 en duurt thans nog voort.

In de derde periode ging het er voornamelijk om, gezien het voorlopig bereikte resultaat, te zorgen voor een veilige, functionele en vaste inbedding in de structuur van de eerstelijns gezondheidszorg. Het team was inmiddels een eenheid geworden met een complex geheel van externe relaties (figuur VII).

De golfbeweging zoals die is beschreven door Van Ravenswaay is in deze fase ook zichtbaar geworden.⁶⁹ De eerste periode was duidelijk een inhoudelijke, met het accent voornamelijk op de inhoud van de hulpverlening en de samenwerking.

De tweede periode is een "relationele golf", samengaand met de team-vorming en de verkregen agogische begeleiding.

De derde periode was een "organisatorische golf" waarbij het accent duidelijk lag op de externe of structurele organisatie.

2.2. Tweede vraagstelling: Relatieaspecten en de vraag "Hoe kwam de samenwerking tot stand?"

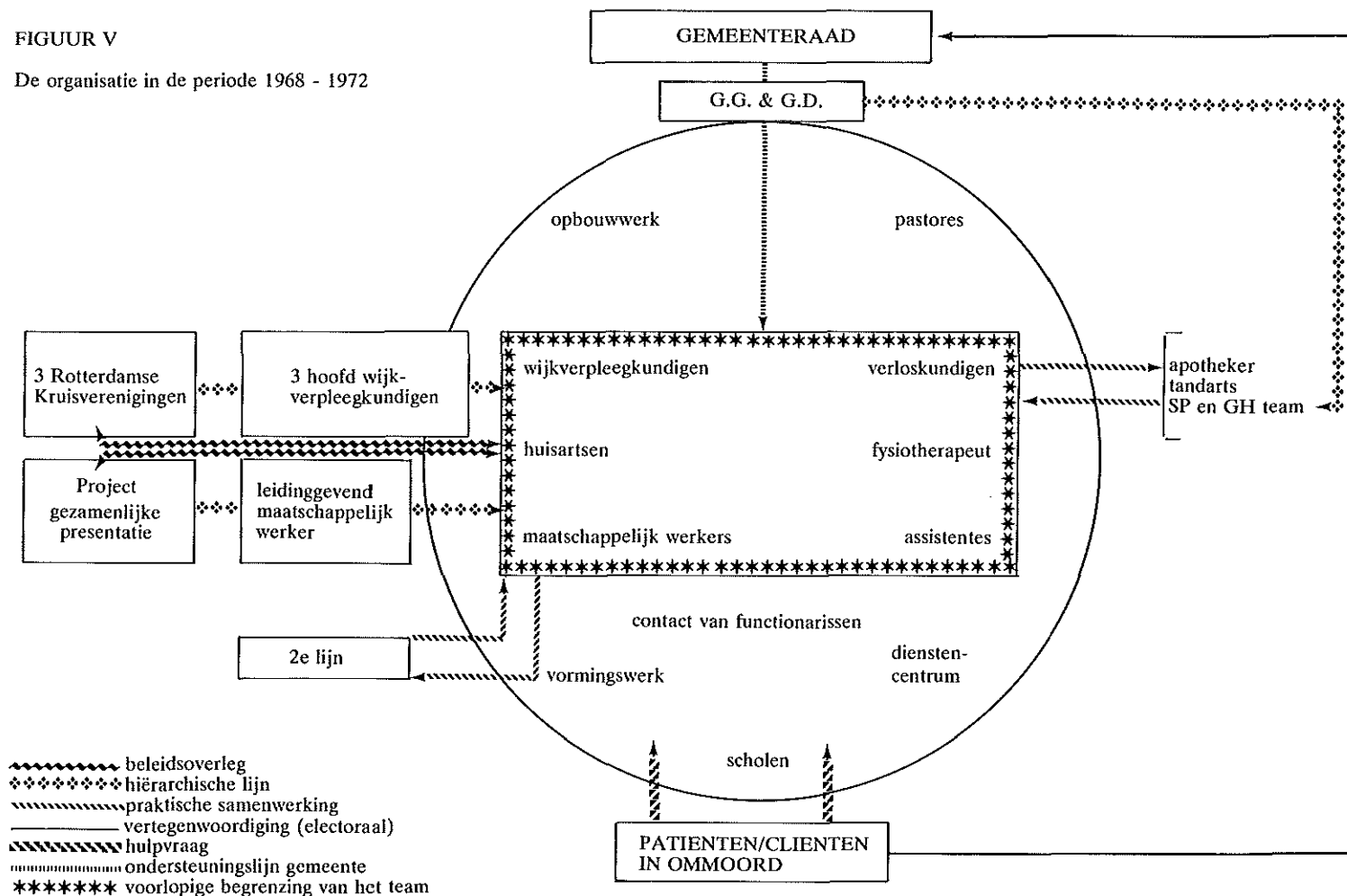
Bij het relationeel proces stonden in de beginjaren 1968-1972 informele contacten op de voorgrond. In de huisartsengroep zijn de onderlinge relaties het eerst onderwerp van gesprek en aanleiding tot externe agogische begeleiding geweest.

Communicatie en acceptatie verbeterden daardoor en een andere taakverdeling was het gevolg.

Een andere bedoeling die de huisartsen met de externe begeleiding hadden, was gelegen in de opvatting dat de samenvoeging van alle teamleden bij het gereedkomen van het gezondheidscentrum, beter voorbereid werd.

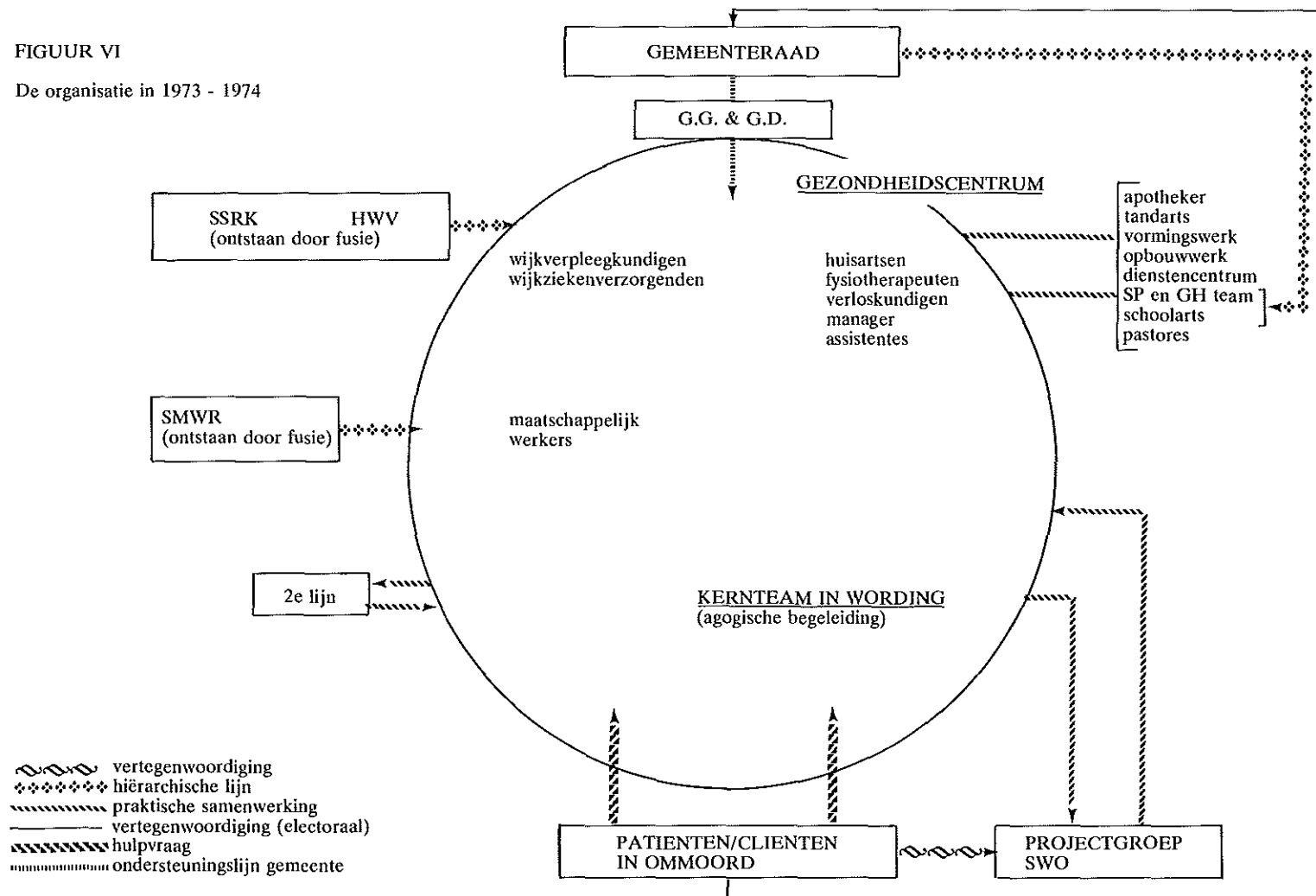
FIGUUR V

De organisatie in de periode 1968 - 1972



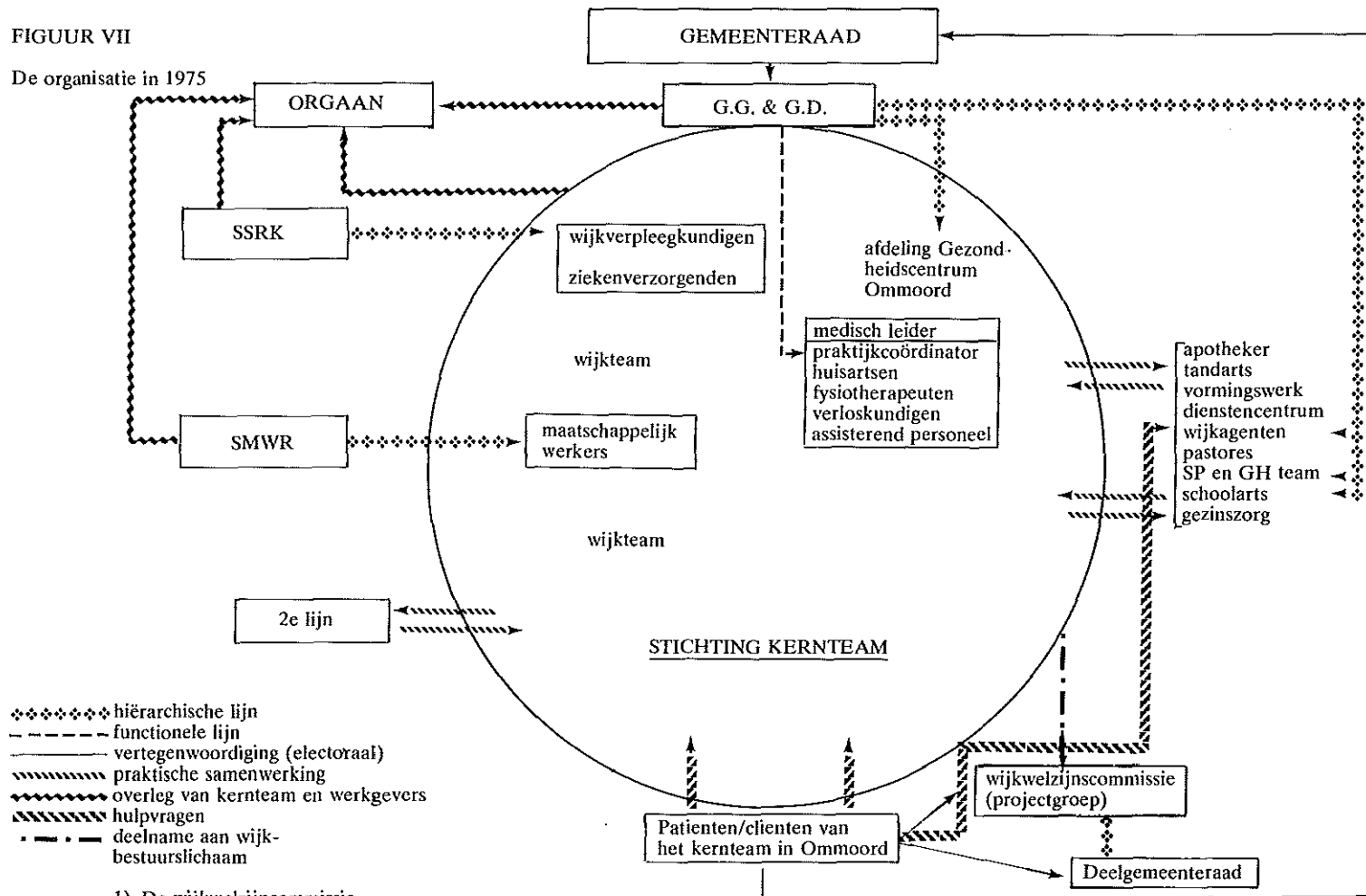
FIGUUR VI

De organisatie in 1973 - 1974



FIGUUR VII

De organisatie in 1975



1) De wijkwelzijnscommissie is na 1 januari 1976 tot stand gekomen.

Het relatieproces binnen het hele team, was eveneens onderwerp van gesprek en begeleiding. Verbetering op het vlak van communicatie en acceptatie was ook hier het gevolg. Doelstellingsformulering door het team heeft na deze fase vrij snel plaatsgevonden en teamafspraken werden geformaliseerd (de aandachtspunten van Gibb).

Individuele rollen waren in beperkte mate weer te geven, met uitzondering van een tweetal leidersrollen die in het ene geval van het begin af bestond, in het andere geval in een latere fase (1975) ontstond.

2.3. Derde vraagstelling: "Welke externe factoren waren van belang?"

De externe factoren werden voornamelijk gevonden in de ontwikkelingen binnen de professies in de eerstelijns gezondheidszorg en in de aard en omvang van de activiteiten van de diverse overheidsniveaus.

Het samenwerkingsverband in Ommoord is tot stand gekomen met krachtige steun van de gemeente Rotterdam en, op de tweede plaats, van de Rijksoverheid. Op deze beide niveaus van de overheid is het beleid sterk beïnvloed door politieke bewegingen en voornemens binnen de Partij van de Arbeid.

De stap van politieke opvattingen en wensen met betrekking tot een naar inhoud passen beleid, toch al moeilijk door de complexiteit van de professionele organisatie van de eerstelijns, is in dit geval niet helemaal voltooid.

De mate van steun vanuit de overheidslichamen werd mede afhankelijk gesteld van inhoudelijke feed-back uit de samenwerkingsverbanden. Het team op zijn beurt had deze steun nodig om zijn aandeel in de invulling van het beleid te leveren.

De institutionalisering vertraagde en veel energie ging in het team verloren aan het zoeken naar nieuwe en betere steun en een eigen plaats, waardoor minder tijd overbleef voor de inhoud.

Toen op gemeentelijk niveau ondersteuning en beheer gerealiseerd werd (door middel van het dienstverband) ontstond ook daar een dergelijke vicieuze cirkel. In de beroepsgroepering ging de tendens naar multidisciplinaire samenwerkingsverbanden door, wat alleen al bleek uit de laatste registratie van gezondheidscentra.

Wel is echter aangetoond dat binnen de beroepsorganisaties en de instellingen problemen bestonden ten aanzien van de uitzonderingspositie van de deelnemers aan samenwerkingsverbanden, wanneer het ging om subsidiëring, dienstverbanden en detachering.

Niettegenstaande de indicaties dat financiële steun van samenwerkingsverbanden in de nabije toekomst gegarandeerd leek, dat de eerstelijnsbeweging nog geen tekenen van slijtage vertoonde en dat de diverse opleidingen meer aandacht aan de samenwerking gingen besteden, bestond het reële gevaar dat het uitblijven van vaste inbedding van de teams (door de vicieuze cirkel steun - inhoudelijke invulling) zou gaan leiden tot vermindering van de "maatschappelijke steun".

Het beeld en de waardering van de huidige samenwerkingsverbanden bij de consumenten werd negatief beïnvloed door het noodzakelijk richten van de aandacht van de hulpverlener op de externe organisatie.

De consument bepaalde in dit opzicht mede de maatschappelijke steun doordat onvoldoende aandacht werd besteed aan directe feed-back ten aanzien van de verleende hulp ("voor wie is het beter?").

De activiteit van het team in Ommoord werd op dit moment mede bepaald door het neutraliseren van de negatieve externe factoren die de autonomie van het team beïnvloedden. De gekozen doelstellingen raakten daardoor mogelijkerwijs op de achtergrond.

3. De werkwijze van de auteur

De geraadpleegde bronnen en de bij de beschrijving gevolgde methode dienden om de indeling in tijdvakken die samenvallen met de hoofdstukken, duidelijk te maken.

De driedelige vraagstelling die parallel loopt met de trias: taakaspecten, persoonsaspecten en externe factoren, vond in de bronnen, vooral wat betreft het eerste en derde onderdeel voldoende beantwoording.

Naar verhouding kwamen persoonsaspecten in mindere mate, en ook in mindere mate verspreid over de verslagperiode, in het bronnenmateriaal aan de orde.

De wederzijdse beïnvloeding van taak- en persoonsaspecten was niet in voldoende mate zichtbaar te maken. Vermeldingen in het materiaal van relationele factoren die een belangrijke remmende invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van de hulpverlening, ontbreken. Dit wijst er hoogstens op, dat de aard van deze beïnvloeding in ieder geval niet negatief is geweest.

3.1. Taakaspecten

3.1.1. Doelstellingen

Doelstellingsformulering heeft geleidelijk aan plaatsgevonden met een eindpunt in de periode van teamvorming en streven naar autonomie in 1974.

Teamdoelstellingen spelen een belangrijke rol, ook in het verkrijgen en behouden van externe steun.

Het patroon van nevendoelstellingen en de profilering van de diverse individuele teamleden zijn in de bronnen zeer wisselend aanwijsbaar. De inhoud van de doelstellingen is na 1974 niet veranderd, terwijl in de jaren daarvoor de hulpverleningsdoelen in engere zin al zeer vroeg herkenbaar waren. Wel heeft in de loop van het proces een afbakening t.o.v. de "welzijnszorg" plaatsgevonden.

3.1.2. Communicatie

De communicatie en de schriftelijke vormen daarvan, zijn in de loop van de verslagperiode sterk toegenomen.

Er is een vast patroon ontstaan met kanalen voor dagelijks verkeer betreffende het dagelijks werk van de hulpverleners, discipline-overleg, werkoverleg met de praktijkcoördinator en meer beleidsmatig overleg in het kernteam. Tenslotte was er veel communicatie via overleg "ad hoc". Het uiteindelijke patroon legt een zwaar accent bij de min of meer gesloten communicatie binnen de afzonderlijke disciplines. Inhoudelijk is over de jaren heen de golfbeweging zoals die door van Ravenswaay c.s. is beschreven, duidelijk geworden, zodat de mate van aandacht die aan inhoud, onderlinge relaties en organisatie is gegeven in de drie delen van het verslag, daarmee overeenkomt.⁶⁹

3.1.3. Professionele aspecten

Op de professionele aspecten is in het kader van dit afsluitend hoofdstuk al ingegaan in de vorige paragraaf betreffende de inhoud (Hoofdstuk V, par. 2.1.2.).

De gehanteerde werkwijze maakte verduidelijking in ruime mate mogelijk.

3.1.4. Organisatie-aspecten

Bij de beschrijving van de twee categorieën organisatie-aspecten: de praktische en de structurele, blijkt dat de eerste categorie in de periode 1968 tot 1970 en in 1973 veel aandacht kreeg en dat daarna de tweede categorie sterk is gaan domineren. Dit verschijnsel duurt nog steeds voort en wordt door de verhouding tussen externe ondersteuning en het streven naar autonomie door het team bepaald.

Het zware accent wat deze categorie kreeg, is door het team gevoeld als een rem op de inhoudelijke ontwikkeling.

3.1.5. Beroepsrollen

De wederzijdse afstemming van de beroepsrollen zoals die voor de teamvorming gewenst werd, is door het bovenstaande mechanisme eveneens geremd.

Dit heeft ertoe geleid dat de beroepsrollen van de huisartsen en de wijkverpleegkundigen onvoldoende ontwikkeling hebben vertoond. De eerste discipline is daarvoor in een te dominerende positie gebleven ("practise based team").

Voor de tweede discipline geldt het omgekeerde.

Tussen beide leek een rolzender - roldragermechanisme zoals door van der Vliert beschreven, te bestaan.⁸³ Het maatschappelijk werk, de verloskunde, maar vooral de fysiotherapie hebben wel een evolutie in de beroepsrol doorgemaakt, die hun plaats en invloed in het team als collectief verstevigd heeft.

3.2. Relatieaspecten en persoonsaspecten

De relationele aspecten zijn vooral terug te vinden in het verslag van de agogische begeleiding. Was dit verslag er niet geweest, dan zou op grond van het schriftelijk materiaal geen indruk te geven zijn over deze aspecten.

De beschrijving in Hoofdstuk IV, par. 7, betreft door de schaarste van het materiaal de gehele verslagperiode. Het opdoemen van relationele conflicten in de verslagen uit de jaren 1971, 1972 en 1973 is wellicht een indicatie van het in de belangstelling komen van het tweede aandachtspunt uit de reeks van Gibb: de "dataflow".³² Doelstellingsformulering als derde aandachtspunt en controle en organisatie, blijken als derde en vierde "modal concern" uit het algemene beeld van respectievelijk de jaren 1973 en 1974, en 1975.

De acceptatie, het eerste aandachtspunt in de ontwikkeling van de teamrelatie, was als zodanig niet in de bronnen aanwijsbaar, maar bleek na de twee perioden van externe begeleiding wel verbeterd.

Bij de descriptie, voor zover al mogelijk, van de individuele invulling van rollen door teamleden viel op dat ook hier in zeer uiteenlopende mate profilering optrad.

De anciënniteit leek hierbij een rol te spelen, in die zin dat hoe langer iemand deelnam, des te uitgebreider zijn "rolprofiel" in de bronnen werd aangetroffen. Binnen de huisartsengroep is een rolpatroon aangetroffen waarin elementen van het "best-liked-man"- en "idea-man"-patroon zaten.

Er is gepoogd een indruk te geven van de diverse leiderschapsfuncties en de leiderschapsstijl, voorzover die uit de verslagen bleken.

Daarbij viel op dat het (in)formele leiderschap van Lamberts de jaren heeft doorstaan. Toch bleek dat in 1975 een aantal van de onderzochte leiderschapsfuncties ook in belangrijke mate door andere teamleden vervuld werden. Als discipline "overtroefden" de huisartsen de overige. De beschrijving van de individuele invulling van rollen gaf relevante informatie betreffende het individuele teamlid, waarbij steeds bedacht moet worden dat in dit geval slechts het geschreven materiaal als uitgangspunt heeft kunnen dienen.

3.3. Externe factoren

De invloed van de externe factoren is beschreven vanuit het mechanisme van externe steun, de reactie daarop binnen het team en de diverse terugkoppelingsmechanismen. Ook is de vorming van een nieuw initiatief en de ontwikkeling daarvan gezien in het licht van daarover bestaande theorievorming in de literatuur.

4. Aanbevelingen

Deze paragraaf, gewijd aan aanbevelingen die gedaan kunnen worden op grond van de beschrijving in dit verslag valt, wat omvang betreft, in het niet bij het geheel. De aard van het verrichte onderzoek, als "(inter)subjectief descriptief" in Hoofdstuk I omschreven, is aan die verhouding mede debet.

Niettemin is wel een aantal tendenzen aanwijsbaar, die voldoende geschikt lijken voor het weergeven van enkele aanbevelingen. Een aantal van deze aanbevelingen, die voor een deel samenhangen met, bij de samenwerking ook elders gesignaleerde knelpunten, wordt in het navolgende gegroepeerd weergegeven.

4.1. De hulpverlening

Doordat het in dit verslag niet om effectevaluatie ging, zijn de aanbevelingen in dit opzicht beperkt tot de proceskant van de multidisciplinaire samenwerking.

Het tempo, waarin de professionele ontwikkeling binnen het team plaatsvond, was niet voor iedere discipline gelijk. Verschillen in professionele ontwikkeling en daaruit volgende verschillen in invloed op de samenwerking, bleven daardoor bestaan. Hierbij bleef de positie van de huisarts in het team relatief invloedrijk en kwam de wijkverpleegkundige discipline er onvoldoende aan te pas.

"Teneinde een meer adequate en gelijkwaardige disciplinaire inbreng in de samenwerkingsverbanden van te voren te bewerkstelligen, verdient het aanbeveling om de toekomstige participanten gericht te scholen. Bij deze scholing, die zowel in de diverse beroepsopleidingen zelf geïntegreerd kan worden (hetgeen incidenteel reeds plaatsvindt), als in de vorm van een cursus voor de daadwerkelijk betrokkenen vòòr de aanvang plaats kan vinden, dienen raakvlakken, mogelijke verschuivingen tussen disciplines, verschillen in taal en kennis en vaardigheden met betrekking tot teamsamenwerking, aan de orde te komen".

4.2. de interne organisatie

De beschrijving van de ontwikkeling van het team in Ommoord liet zien dat interne organisatie en ondersteuning van zo'n groot belang waren, dat een aparte functionaris, de praktijkcoördinator, hiervoor nodig was.

"Bij het ontwikkelen van teamsamenwerking dient vanaf de start aparte aandacht en ruimte gegeven te worden aan de interne organisatie, coördinatie en ondersteuning".

Externe agogische begeleiding heeft bij de ontwikkeling van het team in Ommoord een beperkte, maar niet te verwaarlozen rol gespeeld in het begin van de teamvorming. Vooral acceptatie en communicatie verbeterden mede daardoor.

"Het verdient aanbeveling relatiegerichte externe begeleiding vòòr of in de beginfase van teams te laten plaatsvinden. Ondersteuning van buitenaf in een latere fase dient zich meer te richten op het opbouwen van een intern ondersteunend en coördinerend systeem".

4.3. Externe organisatie

Twee knelpunten waren wat dit betreft duidelijk: het loyaliteitsprobleem van de maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen en de afhankelijkheid van de extern-ondersteunende instanties. Aan de oplossing van deze problemen dient bijgedragen te worden en de incidentele en van effectevaluatie afhankelijke steun dient omgezet te worden in structurele ondersteuning.

"De samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg dienen een vaste plaats in de organisatie van de gezondheidszorg te krijgen".

De meest passende bestuursvorm voor centra, waarbinnen de bovenstaande aanbeveling gerealiseerd zou kunnen worden, is nog niet gevonden, omdat nog onvoldoende ervaring is opgedaan met een constructie zoals die van een "commissie ex art. 60 e.v.", met inbegrip van de participatie van de consument.

4.4. Onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek naar de diverse aspecten van de samenwerking heeft in de historie van het team in Ommoord een grote rol gespeeld.

Dit onderzoek duurt voort. Beoordeling van de resultaten werd bemoeilijkt door het frequent ontbreken van geschikt vergelijkingsmateriaal.

"Samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg dienen zelf het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de hulpverlening voort te zetten; zij dienen daartoe - onafhankelijk van de externe steun - ook de gelegenheid en de middelen te krijgen".

Onderzoek over samenwerkingsverbanden in de eerstelijns was tot nog toe qua resultaten beperkt.

"Sociaalwetenschappelijk onderzoek van het type dat Sewandono beschrijft, kan mogelijk meer inzicht geven in het ontstaan van nieuwe vormen van gezondheidszorg en hulpverlening, en verdient daarom de aandacht".

Naschrift

De titelkeuze van dit verslag geeft aan dat de verslagperiode van groei en positieve ontwikkeling was.

De vertraagde inpassing van de gezondheidscentra in Nederland als vast element binnen de gezondheidszorg behoeft voor het Centrum in Ommoord niet een periode van "magere jaren" in te luiden.

Het directe gevolg van de analyse van de droom van de farao door Jozef (Genesis 41), was het aanleggen van voorraadschuren om toekomstige tekorten op te kunnen vangen.

De stabiliteit van het team is in dit opzicht voldoende en men is zich binnen het team terdege bewust van de ontwikkelingen in de maatschappij.

Na 1975 deden zich wel een aantal voor de teambezetting ingrijpende ontwikkelingen voor.

Allereerst moet in dit verband het vertrek van een tweetal huisartsen-oprichters worden vermeld.

Bakker vertrok aan het einde van 1976 om zich in de Verenigde Staten te vestigen, Riphagen aanvaarde in 1978 een functie in de basis gezondheidszorg. Het vertrek van Bakker was aanleiding tot een eerste conflict met de gemeente Rotterdam.

Dit conflict betrof aanvankelijk de opvolging maar bracht tevens een aantal lacunes in de wederzijdse afspraken over de rechtspositie aan het licht (Jaarverslag 1976, Gezondheidscentrum Ommoord).³⁰ Bakker werd uiteindelijk niet opgevolgd.

Wolgast vertrok eind 1978 en aanvaardde een functie als verzekeringsgeneeskundige.

De door Riphagen en Wolgast opengelaten plaatsen werden wel bezet.

In 1979 overleed de praktijkcoördinator Marjo Lamberts na een langdurige ziekte. Gedurende dit zelfde jaar leidde een conflict rond de huisartsen Braams en van Dijk tot hun beider vertrek uit het Centrum.

Zij vestigden zich - met medeneming van hun praktijk - elders in de wijk Ommoord.

De praktijkverpleegster ging met hen mee.

De relatie met het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut onderging een verandering toen vanuit dit instituut geen arts-assistenten meer in het Centrum geplaatst werden.

De mutaties binnen de groepspraktijk deden wel het conflict met de gemeente Rotterdam weer oplaaien.

De opsomming van deze gebeurtenissen wekt een somber beeld. Gedeeltelijk is dat verklaarbaar en juist. De vitaliteit van het samenwerkingsverband is echter voldoende groot om ook toekomstige groei mogelijk te maken.

Literatuur die geraadpleegd en vermeld is *

- ¹ Aalderen, H.J. van, Noyon, A.P.: Lijf en Leven. Maatschappij Vraagstukken en Welzijnswerk 1973.
- ² Albrow, M.: The study of organizations - objectivity or bias? in: G. Salomon & K. Thompson: People and Organizations. Longman, 1973.
- ³ Bakker, F.R.: Een experiment van gecoördineerde gezondheidszorg in Rotterdam-Ommoord, Huisarts en Wetenschap 1971-14.
- ⁴ Bales, R.F., Slater, P.E.: Role differentiation in small decision making groups, in: Parsons, T. en Bales, R.F.: Family, Socialization and Interaction Processes, Freepress 1955.
- ⁵ Beek, P. van, Hak, T.: Meer lijn in de eerste lijn, verslag van een literatuur studie. Erasmus Universiteit Rotterdam 1973.
- ⁶ Beek, P. van, Hak, T.: Het wijkwelzijnscentrum - Afrikaanderwijk; Erasmus Universiteit Rotterdam 1976.
- ⁷ Bergsma, J.: Gezonde communicatie. De Tijdstroom, Lochem 1971.
- ⁸ Beugen, M. van: De eerste lijn, een (viciuze) cirkel, De Eerste Lijn 1975-1.
- ⁹ Bennis, W.G. en Shepard, H.A.: A theory of Group Development. Human Relations vol 4. 1956.
- ¹⁰ Bion, W.R.: Experience in Groups. Basic Books, New York 1961.
- ¹¹ Blom, J. en van Es, J.C.: Het gezondheidscentrum Overvecht, Huisarts en Wetenschap 1972-15.
- ¹² Bockel, I. van, Bakker, K., Bakker, F.R.: Gespreksgroepen voor te dikke mensen. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ¹³ Boddy, F.A., Lorensen, M.: Studies on communication and collaboration between health professionals. WHO, regional office Europe 1978.
- ¹⁴ Boom, W.H., Lamberts, H., Froom, J., Blondell, R.: Een vergelijkend consumentenonderzoek in een Amerikaans en een Nederlands gezondheidscentrum, Huisarts en Wetenschap 1978-21.
- ¹⁵ Boom-van Duin, F.T. de.: Onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg: beperkingen en mogelijkheden. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ¹⁶ Bruijning, G.R.P.: Over de begeleiding van samenwerkingsverbanden, in: Hulpverleners in de eerste lijn, onder redactie van M. van Beugen, van Gorcum, Assen 1979.
- ¹⁷ Boothroyd Brooks, M.: Management of the team in General practice, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1973-23.
- ¹⁸ Burema, L.: Huisartsen in dienstverband, Medisch Contact 1975-30.
- ¹⁹ Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York 1964.
- ²⁰ Cartwright, D., Zander, A.: Group dynamics, 3e druk. Harper International, New York 1968.
- ²¹ Cohen, M.D., J.G. March & J.P. Olsen: People, problems, solutions and the ambiguity of relevance, in: J.G. March & J.P. Olsen: Ambiguity and choice in organizations. Universiteitsforlaget, 1976.
- ²² Collins, B.E., Raven, B.H.: Handbook of Social Psychology, vol 4 waaruit geciteerd J.R. Gibb, B.E. Collins en C. Guetzkow. Prentice and Hall, New York 1969.
- ²³ Crebolder, H.I.J.M.: Onderzoek rond een gezondheidscentrum. Huisarts en Wetenschap 1974-17 tot 1977-20.
- ²⁴ Crombie, D.L.: Peerbond Groups and Servicegroups, Journal of the Royal College of General Practitioners 1973-23.
- ²⁵ Dokter, H.J., T. v.d. Grinten, G.A. de Jong (red): Gezondheid en Gezondheidscentra, Bohn, Amsterdam 1974.
- ²⁶ Dubois, V.E.: De wankelende stabiliteit van het team van een gezondheidscentrum, Huisarts en Wetenschap 1976-19.
- ²⁷ Gezondheidscentrum Assen-Noord, evaluatieverslag 1977.
- ²⁸ Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord: Evaluatie 1973-1976.
- ²⁹ Gezondheidscentrum Ommoord: Jaarverslagen 1975 en 1976.
- ³⁰ Gezondheidsorganisatie T.N.O.: Geïntegreerd milieu-onderzoek in het Rijnmond gebied. 1974.
- ³¹ Gibb, J.R.: Climate for trust information in: T-group and the laboratory method (1964). L.P. Bradford, J.R. Gibb, K. Benne: Wiley, New York 1964.
- ³² Gibb, J.R., L.M. Gibb in: Applied group dynamics. National Training Laboratory 1955.
- ³³ Graaf, H. de.: Op een lijn in de eerste lijn? Nimawo 1975.
- ³⁴ Groot, A.D. de.: Methodologie. Morton & Co, Den Haag 1961.
- ³⁵ Hakvoort-Stammeyer, E.: Welzijnsbeleid in Ommoord, experimenteel? 1974.
- ³⁶ Hall, R.H.: Organizations, Structure and process, 2nd ed. Prentice-Hall, 1977.
- ³⁷ Hollander, H. in: Dokter e.a. Gezondheid en Gezondheidscentra. Bohn, Amsterdam 1974.
- ³⁸ Holten-Vriesema, J.S.E.: Enkele sociologische kanttekeningen rond samenwerkingsprocessen. Doctoraalscriptie Amsterdam G.U. 1973.
- ³⁹ Hout, W.P. van den.: Evaluatie 1973 Gezondheidscentrum Hoensbroek Noord, 1973.
- ⁴⁰ Illich, I.: The medical nemesis: Expropriation of health, Calder London 1975.
- ⁴¹ Instituut voor toegepaste sociologie, Wijkverpleegkundige en Huisarts in de thuisgezondheidszorg. K.U. Nijmegen, 1975.
- ⁴² Kaplan, R.E.: The utility of maintaining work relationships openly: an experimental study. National Training Laboratory 1978.
- ⁴³ Lamberts, H.: Het sociale model in de huisartsengeneeskunde, tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medische model. Huisarts en Wetenschap 1972-15.

- ⁴⁵ Lamberts, H.: Samenwerken in een team, een route-beschrijving door ruig landschap. Huisarts en Wetenschap 1974-17.
- ⁴⁶ Lamberts, H.: De morbiditeitsanalyse door de groepspraktijk Ommoord, Huisarts en Wetenschap 1974-17 en 1975-18.
- ⁴⁷ Lamberts, H.: Onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ⁴⁸ Lamberts, H.: Probleemgedrag in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ⁴⁹ Lamberts, H.: Het dienstverband van de groepspraktijk Ommoord bij de gemeente Rotterdam. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ⁵⁰ Lamberts, H.: Praten over patienten: een kwantitatieve benadering van de communicatie binnen een multidisciplinair team. Huisarts en Wetenschap 1976-19.
- ⁵¹ Lamberts, H., J.M.H. Op 't Root: Het maatschappelijk werk in de groepspraktijk Ommoord. Huisarts en Wetenschap 1970-13.
- ⁵² Lamberts, H., N.L. Wolgast: Huisarts en Voorschrijfgedrag. Huisarts en Wetenschap 1975-18.
- ⁵³ Leent, J.A.A. van, : Het groepsbegrip, uit: sociologie, psychologie en sociale psychologie. De Haan/ van Loghum Slaterus 1964.
- ⁵⁴ Loon, P.C.J. van, : Innovatie in de dienstensector: op zoek naar een economische theorie van de volksgezondheid. Medisch Contact 1975-30.
- ⁵⁵ Lühns, A.: Nota groepspraktijken, Gemeente Rotterdam 1968.
- ⁵⁶ March, J.G., H.A. Simon: Organizations. J. Wiley, 1958.
- ⁵⁷ Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Volksgezondheidsnota 1966.
- ⁵⁸ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Voorlopige stimuleringsregeling voor Gezondheidscentra, 1974.
- ⁵⁹ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Structuurnota Gezondheidszorg, 1974.
- ⁶⁰ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne: Interim rapportage van de subcommissies m.b.t. de voorlopige stimuleringsregeling voor samenwerkingsverbanden, 1976 - 1977.
- ⁶¹ Nationaal Centrum voor Kruiswerk: Alleen samen, discussienota over de toekomst van het kruiswerk. Nationale Kruisvereniging 1977. Utrecht.
- ⁶² Nederlands Huisartsen Genootschap: Taken van de huisarts. 1957.
- ⁶³ Nederlands Huisartsen Genootschap: Hoe helpt de dokter? 1975.
- ⁶⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap: Methodisch werken. 1977.
- ⁶⁵ Nederlands Huisartsen Instituut: Verslag van de werkconferentie over samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. 1972.
- ⁶⁶ Nederlands Huisartsen Instituut: Rapport registratie samenwerkingsverbanden 1978.
- ⁶⁷ Op 't Root, J.H.M.: Een beschrijving van de voorbereiding en van vier jaar samenwerking in een project van gecoördineerde eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam Ommoord. Doctoraalscriptie R.U. Utrecht 1973.
- ⁶⁸ Pfeffer, J.: Organizational design. AHM Publishing Corp., 1978.
- ⁶⁹ Ravenswaay, J.F. van, H. Hollander, W.A.C. Whitlau: Groepspraktijken en Groepsprocessen. Huisarts en Wetenschap 1973-16.
- ⁷⁰ Reddin, W.J.: Managerseffectiviteit; Nive - Samsom 1978.
- ⁷¹ Riphagen, F.E., N.T. Buyten, H. Lamberts: Samenwerking tussen huisarts en heilgymnast/masseur in het team voor wijkgezondheidszorg in Ommoord. Huisarts en Wetenschap 1973-16.
- ⁷² Ris, B.G.M. en J.P.M. Diederiks: Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1974-52.
- ⁷³ S.I. project: Beleidssignalen 1977. NHI, Utrecht 1977.
- ⁷⁴ Sewandono, I.: Sociaal wetenschappelijk onderzoek en het beleid in de verzorgingsstaat. Tijdschrift voor Agologie 1977-6.
- ⁷⁵ Schein, E.H.: Organizational Psychology, 2nd ed. Prentice-Hall, 1970.
- ⁷⁶ Schouwstra, C.P., H.A. Homan: Huisartsen in dienst van Philips. Medisch Contact 1975-30.
- ⁷⁷ Schutz, W.C.: A three dimensional theory of interpersonal behaviour. Hall 1958, New York.
- ⁷⁸ Siegenbeek van Heukelom-de Boer, M.M., C.W. Aakster, C.P. Bruins, R.A. de Widt: Invloeden bij de vorming van groepspraktijken en gezondheidscentra in Nederland. NHI 1973.
- ⁷⁹ Silverman, D.: The theory of organizations, a sociological frame work. London 1970, Heinemann.
- ⁸⁰ Stichting Gezondheidscentrum Withuis: Verslag 1970-1976. Venlo 1977.
- ⁸¹ Stichting Itoba: Verslag van een deelonderzoek in het kader van het project evaluatie gezondheidscentra Amsterdam 1975:
 - Gezondheidscentrum Zevenhuizen, Apeldoorn.
 - Wijkdienstencentrum Transvaalkwartier, Den Haag.
 - Gezondheidscentrum Overvecht, Utrecht.
 - Onderzoek bij de bevolking van Ommoord en Hoensbroek t.a.v. de aldaar gevestigde gezondheidscentra.
- ⁸² Thelen, H.A.: Dynamics of Groups at work. University of Chicago 1968.
- ⁸³ Vliert, E. v.d., : Invloed van de rolopvattingen van een stafid op zijn rolgedrag. Mens en Onderneming 1976-30.
- ⁸⁴ Zuidervaat, J., H. Lamberts: De nazorg van ziekenhuispatienten. Huisarts en Wetenschap 1976-19.

⁸⁵ Hazewinkel, A.: Organisaties als sociologisch fenomeen. R.U. Utrecht 1980. **

⁸⁶ Stichting Samenwerkende Rotterdamse Kruisverenigingen: Evaluatieverslag 1972. **

* exclusief de interne bronnen

** ongepubliceerd

Summary

The development of the health centre for multidisciplinary primary care in Rotterdam-Ommoord is described and analysed. The description applies to the years 1968 till 1976 and focusses on the process of multidisciplinary cooperation in primary care, as carried out by the general practitioners, social workers, nurses, physiotherapists, midwives and supporting staff on the health centre.

The main source for the description has been provided by the total amount of written reports of the various teammeetings, relevant correspondence with institutions or individuals outside the team, reports of general importance and literature relevant to the subject.

The contents of the description have been submitted to scrutiny within the team by means of a process of "intersubjectivity".

Three main questions have been considered:

"What was the nature of the various task elements of the developmental process?"

"What was the nature of the personal and relational elements of that process?"

"What was the nature of the external influencing factors?"

Regarding the first and second question theories and conception from the behavioural sciences, mainly social psychology, have been applied in order to obtain a recognizable structure. Task elements are described with reference to theories of communication, goal formation, professional development, the various roles of the disciplines and organization. Relational aspects are described with reference to theories of group development, individual roles and leadership. External factors are judged on their supporting influence.

The report is divided into four main chapters: Introduction, The years 1968-1973, The years 1973 and 1974, The year 1975.

The years 1968-1973 were mainly characterized by the definition and development of the contents of multidisciplinary primary care.

The following two years, 1973 and 1974, were to a large extent devoted to the relational aspects of teamformation.

In 1975 further institutionalization of the team took place and much attention was given to structural elements of teamorganization.

A concluding summary states a number of recommendations regarding special training for future members of primary care teams, the role of teamcoaching, the necessity of a permanent and stable position of these teams within the structure of the healthcare organization, and the required types of research.

CURRICULUM VITAE

De auteur werd in 1941 geboren als zoon van een gereformeerd predikant. Hij bracht het grootste deel van zijn jeugd door in de omgeving van Rotterdam, waar hij het gymnasiumdiploma behaalde. De medicijnenstudie werd tot en met het doctoraal examen gevolgd aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Het artsdiploma werd in het najaar van 1966 behaald aan de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs in Rotterdam.

Voorafgaande aan zijn vestiging als huisarts in Rotterdam-Ommoord (voorjaar 1969), was hij enige tijd werkzaam in Rotterdamse verpleeginrichtingen.

De actieve periode als huisarts duurde tot eind 1978. In deze periode was de auteur onder meer als vice-voorzitter actief in het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Sinds 1978 is hij als adjunct-directeur verbonden aan de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Utrecht.

Deze publicatie is mede tot stand gekomen door steun van het
Fonds Wetenschappelijk Werk van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Productie:
Uitgeversmaatschappij
Huisartsenpers BV
Utrecht